VIOREL LUPU

JOCUL PATOLOGIC DE NOROC LA ADOLESCENȚI

Editura RISOPRINT
Cluj-Napoca • 2008

ISBN

Adrese de Internet pentru non-vorbitorii de engleză:

http://www.gamb-ling.com (Informatii despre jocul problemă în 11 limbi).

http://www.juegopatologico.com

http://www.adicciones.org/enfermedad/juego

http://www.cop.es/colegiados/M-13641/

Adrese de Internet pentru prevenție generală/tratament

http://www.well.com/user/woa (Web despre addicții.:cuprinde informații şi link-uri)

http://www.unr.edu/westcapt/bestpractices/index.htm

http://www.unr.edu/westcapt/powerpoint.htm

http://www.social-marketing.org

http://www.nfattc.org

http://www.samhsa.gov

CUPRINS

CUVÂNT ÎNAINTE..... 5

I.NOȚIUNI DE BAZĂ LEGATE DE JOCURILE DE NOROC LA ADOLESCENȚI 7
I.1.Definiții de bază..... 7
I.2.Răspunsuri la întrebări frecvente legate de jocurile de noroc.....9
I.3.Semnele jocului problemă la adolescenți..... 11
I.4.Jocul ca activitate de risc 12
I.5.Consecințe asociate cu jocul problemă..... 13
I.6.Semne de alarmă în jocul problemă 13
I.7.Mituri şi credințe legate de jucători şi cum le putem aborda.....14
I.8.Percepția adolescenților în legătură cu publicitatea din industria jocurilor de noroc şi impactul ei asupra unor potențiali jucători 16
I.9.Cercetări privind adolescența şi jocul patologic 18

II.ISTORICUL JOCURILOR DE NOROC 21

III.CONCEPTUALIZAREA JOCULUI PATOLOGIC DE NOROC 25
III.1.Bazele neurochimice ale jocului patologic de noroc 26
III.2.Particularitățile psiho-sociale ale jocului patologic de noroc.....28
III.3.Cercetări relevante cu privire la conceptualizarea jocului patologic de noroc..... 32
III.4.Conceptul de joc-construcție..... 56
III.5.Jocul patologic în clasificările internaționale 58
III.6.Jocul patologic ca adicție fără substanță 59
III.7.Studii efectuate cu diferite instrumente de evaluare 60
III.8.Delimitarea dintre jucătorul moderat sau ”social” şi jucătorul excesiv sau patologic 64

IV.EPIDEMIOLOGIA JOCULUI PATOLOGIC DE NOROC 67
IV.1.Variabile asociate cu apariția jocului..... 72
IV.1.1.Variabile demografice 72
IV.1.2.Variabile socio-demografice 74
IV.1.3.Rolul factorilor cognitivi..... 80
IV.1.4.Cercetări epidemiologice legate de jocurile de noroc 83
IV.2. Aspecte privind jocurile de noroc în România 94
IV.2.1.Cadrul legislativ din România privind funcționarea jocurilor de noroc 94
IV.2. 2. Jocuri de noroc disponibile în România 97

IV.2.3.Evidența privind amploarea practicării jocurilor de noroc şi prevalența jocului patologic de noroc în România 102

V.FACTORI DE RISC ŞI AFECȚIUNI ASOCIATE 107

VI.TABLOU CLINIC. PSIHOLOGIA JOCULUI PATOLOGIC DE NOROC 113

VII.DIAGNOSTICUL POZITIV AL JOCULUI PATOLOGIC DE NOROC. INSTRUMENTE DE DIAGNOSTIC 119

VII.1.Diagnosticul pozitiv al jocului patologic de noroc 119
VII.2.Instrumente de diagnostic al jocului patologic de noroc 120
VII.2.1.Cele 20 de întrebări ale Jucătorilor Anonimi din S.U.A. 120
VII.2.2.SOGS-RA (South Oaks Gambling Screen-Revised for Adolescents) 121
VII.2.3.DSM-IV-J (Adaptated for Jouveniles) 125
VII.2.4.Massachusetts Gambling Screen (MAGS) 129
VII.2.5.Aspecte privind depistarea cazurilor de joc 130

VIII.DIAGNOSTICUL DIFERENTIAL AL JOCULUI PATOLOGIC DE NOROC 133

IX.EVOLUȚIE ŞI PROGNOSTIC 133

X.TRATAMENT ŞI PROFILAXIE 135

X.1.Profilaxia primară, secundară şi terțiară a jocului patologic de noroc 141
X.2.Prevenția specifică a jocului patologic la copii şi adolescenți 143
X.3.Psihoterapia cognitiv-comportamentală a jocului patologic de noroc 158

XI.STUDII DE CAZ 165

XI.1.Cazul ”Daniel” 165
XI.2.Cazul ”Sorin” 170
XI.3.Cazul ”George” 172
XI.4.Cazul ”Thomas” 174
XI.5.Cazul ”Gaby” 175

XII.BIBLIOGRAFIE, ADRESE DE INTERNET 181

Adrese de Internet despre jocul patologic la tineri:

http://www.youthgambling.com

http://www.jeuxonline.info

http://www.omnsh.org/article.php3?id_article=15

http://www.youthbet.net
http://www.youthgambling.com
http://www.camh.net/egambling/issue2/feature
http://www.easg.org

Adrese de Internet pentru ajutor şi tratament:

http://www.oregonlotteryhelp.org/quiz.html
http://www.gamblersanonymous.org/
http://www.gam-anon.org/
http://www.gamblingaddiction.org/gp_cnty.htm
http://www.apgsa.org
http://www.ncpgambling.org
http://www.gisnw.org.au

http://www.techlinkentertainment.com
http://www.andinrete.it

Adrese de Internet pentru sportivi cu probleme de joc :

http://www.umich.edu/~mgoblue/compliance/gambling
http://www.thewager.org/Backindex/Vol4HTML/w423fr.html
http://www.responsiblegambling.org/articles/

Site-uri pentru cercetare:

http://www.gamblingaddiction.org
http://www.thewager.org
http://www.abgaminginstitute.ualberta.ca/agrilibrary/blogger.html
http://www.geminiresearch.com/
http://govinfo.library.unt.edu/ngisc/reports/fullrpt.html
http://www.responsiblegambling.org
http://www.naspl.org/bibliog.html
http://www.did.stu.mmu.ac.uk/commercial/gambling_forum/php

http://www.unr.edu/gaming

http://www.nags.org.au

Zitzow, D. (1996). *Comparative study of problematic gambling behaviors between American Indian and non-Indian adolescents within and near a northern plains reservation.*American Indian & Alaska Native Mental Health Research, 7(2), 14-26.

Zuckerman M. (1999): *Vulnerability to psychopathology: a bio-psychosocial model. In: Substance abuse and dependence and pathological gambling disorders,* Washington, DC: American Psychological Association, 255-317.

Zuckerman, M., (1994): *Behavioral Expressions and Biosocial Bases of Sensation Seeking*, Cambridge University Press.

Zuckerman, M., Kuhlman, D. M.,(2000): *Personality and Risk Taking: common Biosocial Factors*, Journal of Personality, 68:6, 999-1029.

CUVÂNT ÎNAINTE

Această carte prezintă problema jocului patologic de noroc la adolescenți ,sub toate aspectele ei (epidemiologie, etiopatogenie, factori de risc,stategii de profilaxie şi terapie), având în vedere faptul că aceştia reprezintă segmentul de populație cu cel mai mare risc de a dezvolta această tulburare cu consecințe devastatoare pentru cei în cauză, precum şi faptul că în ultima perioadă s-a înregistrat o creştere a disponibilității, accesibilității şi diversității jocurilor de noroc în societatea actuală.

Lucrarea se adresează în primul rând studenților în medicină, studenților şi masteranzilor în psihologie clinică şi psihoterapie, medicilor rezidenți şi specialişti în psihiatrie pediatrică şi psihiatrie, medicină de familie, dar şi celor de alte specialități ,precum şi psihoterapeuților. De asemenea, cartea poate fi utilă pentru profesorii din gimnazii şi licee, precum şi pentru părinții care au copii sau adolescenți care practică excesiv jocurile de noroc.

Cazurile practice descrise în ultima parte a cărții ilustrează la modul concret posibilitățile de aplicare a metodelor de psihoterapie cognitiv-comportamentală, combinată cu medicație, în cazurile de joc patologic de noroc la tineri şi adolescenți, fiind utile practicienilor.

În cele ce urmează voi expune sintetic structura cărții.

Capitolul I include o trecere în revistă a unor noțiuni de bază legate de jocul de noroc la adolescenți, cuprinzând: definiții, răspunsuri la întrebări frecvente legate de jocurile de noroc, semnele jocului problemă la adolescenți, jocul ca activitate de risc ,etapele jocului problemă, consecințele asociate cu jocul problemă, semne de alarmă în jocul problemă, mituri şi credințe legate de jucători şi cum le putem aborda, publicitatea la jocurile de noroc şi impactul ei asupra adolescenților potențiali jucători.

Capitolul al II-lea cuprinde o prezentare a istoricului jocurilor de noroc din cele mai vechi timpuri până în zilele noastre.

Capitolul al III-lea se referă la conceptualizarea jocului patologic de noroc ,precum şi la determinismul complex al acestuia, inclusiv din punct de vedere neuro-chimic.

Capitolul al IV-lea abordează epidemiologia,prevalența pe vârste ,sexe ,țări a jocului patologic de noroc ,elemente de legislație cu focusare pe situația din România, în timp ce capitolul al V-lea cuprinde factorii de risc şi afecțiunile asociate acestei tulburări.

Capitolul al VI-lea descrie tabloul clinic al jocului patologic de noroc precum şi psihologia jucătorului, aspecte fundamentale în înțelegerea şi în terapia pacienților cu acest diagnostic.

Capitolul al VII-lea analizează diagnosticul pozitiv al jocului patologic de noroc şi principalele instrumente de diagnostic aplicabile la adolescenți: cele 20 de întrebări ale Jucătorilor Anonimi din SUA, South Oaks Gambling Screen-Revised for Adolescents, DSM-IV-J (Adaptated for Jouveniles), Massachusetts Gambling Screen.

Capitolul al VIII-lea indică principalele entități nozologice cu care se face diagnosticul diferențial al jocului patologic de noroc.

Capitolul al IX-lea evocă evoluția şi prognosticul tulburării.

În capitolul al X-lea sunt prezentate principalele metode terapeutice aplicabile în jocul patologic de noroc, incluzând medicația şi psihoterapia cognitiv-comportamentală individuală şi de grup,precum şi metodele de profilaxie primară ,secundară şi terțiară.

În capitolul al XI-lea sunt expuse 5 studii de caz ale unor tineri şi adolescenți cu joc patologic de noroc,care au fost abordați atât prin medicație cât şi prin psihoterapie cognitiv-comportamentală.

Capitolul al XII-lea cuprinde bibliografia şi unele adrese de internet utile pentru cei care doresc informații suplimentare legate de diferitele aspecte ale jocului patologic de noroc.

În încheiere, îmi exprim întreaga gratitudine față de soția mea, Diana, fiica mea Georgina şi părinții mei, cărora le dedic această carte pentru permanentul sprijin de care am avut parte .

Autorul

psychometric findings from a community sample. Journal of Gambling Studies, *16*(2/3,275-288).

Williams R.J., Connolly D., Wood R.T., Nowatzki N. (2006): *Gambling and problem gambling in a sample of university students.* Journal of Gambling Issues. 16: [Internet]. Disponibil la: http://www.camh.net/egambling/issue16/index.html. Consultat în Iunie 2008.

Wilson D.H., Gilliland J., Ross N., Derevensky J.L., Gupta R.(2006): *Video lottery terminal acces and gambling among high school students in Montréal.* Can .J .Public Health.97(3):202-206.

Winters, K., & Stinchfield, R. (1993). *Gambling behavior among Minnesota youth: Monitoring change from1990 to 1991/1992.* Minnesota: Minnesota Department of Human Services, Mental Health Division.

Winters, K. C., & Anderson, N.(2000). *Gambling involvement and drug use among adolescents.* Journal of Gambling Studies,16, 175-198.

Winters K.C.,Stinchfield R.D.,Botzet A.,Anderson N.(2002):*A Prospective Study of Youth Gambling Behaviors*.Psychology of Addictive Behaviors,16,1,3-9.

Winters K.C., Bengston P., Dorr D., Stinchfield R.(1998): *Prevalence and risk factors of problem gambling among college students*. Psychology of Addictive Behaviors. 12(2): 127-135.

Winters, K. C.,Stinchfield, R. D., & Kim, L. G. (1995). *Monitoring adolescent gambling in Minnesota.* Journal of Gambling Studies,11(2), 165-183.

Wong I.L.K., So E.M.T.(2003). *Prevalence estimates of problem and pathological gambling in Hong Kong.* American Journal of Psychiatry ,160(7): 1353-1356.

Wood,R.T.,Griffiths,M.D.,Derevensky,J.L.&Gupta,R.(2002):*Adolescent accounts of the UK National Lottery and scratchcards:An analysis using Q-sorts*.Journal of Gambling Studies,18(2),161-183.

Wood, K., Thomas, L., & Hodkinson, S. (2000). *Young people's experiences of the lottery*. International Journal of Adolescence & Youth, 8(4), 241-251.

Wynne, H.J., Smith, G.J. & Jacobs, D.F. (1996).*Adolescent Gambling and Problem Gambling in Alberta.*Prepared for the Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission.Edmonton, AB: Wynne Resources Ltd.

Yeoman T.,Griffith,M.D.(1996):*Adolescent machine gambling and crime*. Journal of Adolescence,19(2),183-188.

Wallisch, L. S. (1996*). Gambling in Texas: 1995 survey of adult and adolescent gambling behavior.* TX: Texas Commission on Alcohol and Drug Abuse.

Walters, G. D. (2001). *Behavior genetic research on gambling and problem gambling: A preliminary meta-analysis of available data*.Journal of Gambling Studies, 17(4), 255-271.

Wanner B., Vitaro F., Ladouceur R., Brendgen M., Tremblay R.E. (2006): *Joint trajectories of gambling, alcohol and marijuana use during adolescence : a person and variable-centered developpemental approach.* Addict. Behav .31(4):566-580.

Wardman D., El-Guebaly, N., & Hodgins, D.(2001). *Problem and pathological gambling in North American Aboriginal populations: A review of the empirical literature*.Journal of Gambling Studies, 17(2), 81.

Welte J., Barnes G., Wieczorek W., Tidwell M.C., Parker J.(2001): *Alcohol and gambling pathology among U. S. adults: prevalence, demographic patterns and comorbidity*.Journal of Studies on Alcohol. 62(5): 706-712.

Welte J.W., Wieczorek W.F., Barnes G.M., Tidwell M.C., Hoffman J.H. (2004): *The relationship of ecological and geographic factors to gambling behavior and pathology.* Journal of Gambling Studies 20(4): 405-423.

Westermeyer J., Canive J., Garrard J., Thuras P., Thompson J. (2005): *Lifetime prevalence of pathological gambling among american indian and hispanic american veterans.* American Journal of Public Health .95(5): 860-866.

Westphal, J. R., Rush, J. A., Stevens, L., & Johnson, L. J.(1998).*Gambling behavior of adolescents in residential placement in northwest Louisiana*. Southern Medical Journal, 91(11), 1038-1041.

Westphal, J. R., Rush, J. A., Stevens, L., & Johnson, L. J. (2000).*Gambling behavior of Louisiana students in grades 6 through 12*.Psychiatric Services, 51(1), 96-99.

Wiebe, J. (1999). *Manitoba youth gambling prevalence study*. Manitoba: Addictions Foundation of Manitoba.

Wiebe J.M., Cox B.J.(2005): *Problem and probable pathological gambling among older adults assessed by the SOGS-R*.Journal of Gambling Studies. 21(2): 205-221.

Wiebe, J.M., Cox B.J.,Mehmel,B.G.(2000):*The South Oaks Gambling Screen Revised for Adolescents (SOGS-RA):Further*

I. NOȚIUNI DE BAZĂ LEGATE DE JOCURILE DE NOROC LA ADOLESCENȚI

I.1. Definiții de bază

Jocul: Participarea la joc, cu scopul de a câştiga bani. Oricând se mizează pe bani sau pe alte valori în cazul unui eveniment cu consecințe incerte, cu speranța de a câştiga mai mult. Practicarea jocurilor devine o problemă atunci când afectează relațiile interpersonale, familia, prietenii, sănătatea fizică şi mintală, performanțele şcolare, serviciul sau situația financiară.
Jocul de noroc: Rezultatul jocului se datorează hazardului, neexistând nici o modalitate de a prezice cu certitudine rezultatul.
Jocul responsabil: Practicarea jocurilor în scop de divertisment, nu ca o modalitate de a câştiga bani; există un echilibru între practicarea jocurilor şi alte activități distractive; alocarea unor sume limitate de bani, neincluzând banii de cheltuieli zilnice; fixarea unui buget; fixarea unei limite de timp; neapelarea la împrumuturi de bani pentru a juca; întreruperea frecventă a jocului şi conştientizarea faptului că riscul creşte o dată cu pierderile şi instalarea depresiei.
Jocul patologic: Este conceptualizat ca fiind preocuparea față de joc, cu pierderea controlului adecvat asupra oricărui comportament de joc. Se acompaniază de sentimente de vinovăție şi izolare atunci când jucătorul încearcă să reducă sau să înceteze această activitate, precum şi de dificultăți în relaționarea socială, ca o consecință a jocului excesiv (Derevensky & Gupta, 2000).

Jucătorii patologici suferă de un eşec cronic şi progresiv în a rezista impulsului de a juca. Ei prezintă consecințe personale semnificative datorită continuării jocului.

Există un continuum în privința apariției şi dezvoltării jocului problemă, aşa după cum se observă în fig.1.

Fig.1 Continuum în apariția şi dezvoltarea jocului problemă (Schaffer & Hall, 1996)

0----------1----------2----------3----------4

Absența jocului	Joc recreațional non-problemă	Simptome de tranziție spre jocul-problemă	Jocul problemă	Jocul problemă care necesită tratament

Studiile de prevalență efectuate în Europa, America de Nord şi pe alte continente au indicat că cel puțin 50% dintre adolescenți practică ocazional jocuri de noroc, în unele regiuni acest procent apropiindu-se de 85% (Gupta , Derevensky&Martin , 2006).

Adolescența este o perioadă a experimentelor pe toate planurile, care presupune apariția unor comportamente de căutare de senzații tari. Alături de consumul de alcool şi/sau de droguri, participarea la jocurile de noroc reprezintă un alt comportament de mare risc la care participă frecvent adolescenții. La fel ca şi în cazul consumului de alcool sau de droguri, majoritatea adolescenților şi adulților tineri care participă ocazional la activități de joc, nu vor ajunge să dezvolte o dependență de acestea.

Totuşi, există unele forme de jocuri care prezintă un risc crescut, cum ar fi: pariurile sportive, jocurile de cărți (de exemplu black-jack, poker),precum şi utilizarea maşinilor electronice de joc. Aceste jocuri le creează tinerilor jucători iluzia controlului şi a stăpânirii jocului ceea ce duce la implicarea exagerată în joc.

Jocul patologic este la ora actuală una dintre problemele cele mai serioase cu care sunt confruntați tinerii.

Actuala generație de adolescenți trăieşte într-o societate care promovează şi aprobă răspândirea oportunităților de joc. S-a produs o mare mutație în ceea ce priveşte percepția societății legată de jocurile de noroc.Astfel, dacă înainte jocul era considerat ca un viciu, la ora actuală este promovat activ ca o formă de distracție,socialmente acceptabilă. Pe de altă parte, activitățile de joc, cum ar fi pokerul sau cele din cazinouri au fost idealizate de către media şi de către celebrități.

Este evident faptul că tinerii joacă tot mai mult şi datorită disponibilității, accesibilității şi diversității jocurilor în ambient.

Studiile efectuate în ultimii 10 ani pe plan mondial au indicat faptul că aproximativ 10% dintre adolescenți prezintă probleme legate de practicarea jocurilor de noroc, cum ar fi: minciuni în legătură cu jocurile, afectarea relațiilor sociale, preocuparea excesivă cu imposibilitatea de a se detaşa de acestea şi de a se opri din practicarea lor,împrumuturile repetate şi/sau furtul de bani pentru a putea continua jocul,absenteism şcolar sau de la lucru din cauza jocurilor (Gupta , Derevensky & Martin, 2006).

Procentul adolescenților cu probleme foarte serioase legate de joc este cuprins între 4-6 %. Adolescenții jucători au un risc crescut pentru o serie de tulburări mentale, incluzând depresia,

at :http://mildt.systalium.org/IMG/pdf/RAPPORT_POUR_LA_MILDT_CONCERNANT_LE_PROBLEME_DES_ADDICTION_.pdf.

Villa A., Becoña E., Vázquez F.L. (1997): *Juego patológico con máquinas tragaperras en una muestra de escolares de Gijón*.Adicciones . 9(2): 195-208.

Villoria C.(2003): *El juego patológico en los universitarios de la comunidad de Madrid.* Clínica y Salud. 14(1): 43-65.

Vitaro, F., Arseneault, L., & Tremblay, R. E.(1997). *Dispositional predictors of problem gambling in male adolescents.*American Journal of Psychiatry, 154(12),1769-1770.

Vitaro, F., Wanner, B., Ladouceur, R., Brendgen, M., & Tremblay, R. E. (2004).*Trajectories of gambling during adolescence.* Journal of Gambling Studies, 20(1), 47-69.

Vitaro, F., Brendgen, M., Ladouceur, R., & Tremblay, R. E. (2001).*Gambling, delinquency, and drug use during adolescence: Mutual influences and common risk factors.*Journal of Gambling Studies, 17(3), 171-190.

Vitaro F., Arseneault L & Tremallay R E. (1999). *Impulsivity predicts problem gambling in low SES adolescent males.* Addiction,94(4), 565-575.

Vitaro, F., Ferland, F., Jacques, C., & Ladouceur, R. (1998). Gambling, substance use, and impulsivity during adolescence. Psychology of Addictive Behaviors, 12(3), 185-194.

Volberg, R. A., & Moore, L. W. (1999). *Gambling and problem gambling among adolescents in Washington State: A replication Study, 1993 to 1999*. WA: Washington State Lottery.

Volberg, R. A. (1994). *The prevalence and demographics of pathological gamblers: Implications for public health*. American Journal of Public Health, 84(2), 237-241.

Volberg RA, Abbott MW, Rönnberg S, Munck IME.(2001): *Prevalence and risks of pathological gambling in Sweden*. Acta Psychiatrica Escandinavica; 104: 250-256.

von Wolfswinkel L., van Ree JM. (1985*): Effects of morphine and naloxone on thresholds of ventral tegmental electrical self-stimulation.*Naunyn Schmiedebergs Arch. Pharmacol ;330:84–92.

Walker M.B.(1992): *Irrational thinking among slot machine players.* J. Gambl. Stud.,1992 ; 8 : 245-288.

Wallisch, L. S. (1993). *Gambling in Texas: 1992 Texas survey of adolescent gambling behavior.* TX: Texas Commission on Alcohol and Drug Abuse.

Scale (GABS) for use with male college student gamblers. Subst .Use Misuse.39 (6):1013-24.

Sullivan, S. (2001). *Gambling by young people in NZ high schools*. Paper presented at the Gambling: Understanding and Minimising Harm.An International Overview, Auckland, New Zealand.

Sylvain C., Ladouceur R., Boisvert J.M.(1997): *Cognitive and behavioral treatment of pathological gambling: a controlled study*. Journal of Consulting Psychology, 65(5): 727-732.

Tamminga C., Nestler E.J.(2006): *Pathological gambling: focusing on the addiction, not the activity.* Am. J .Psychiatry.163 (2): 180-181.

Tîmbuc, L. (2006). *Cum să câştigi bani din pariuri* .Ziarul Clujeanului, 11 Iulie, 13.

Toneatto T., Blitz-Miller T., Calderwood K., Dragonetti R., Tsanos A. (1997): *Cognitive distortion in heavy gambling.* J .Gambl.Stud.13 : 253-266.

Toneatto T., Ladouceur R. (2003): *Treatment of pathological gambling: a critical review of the literature.* Psychol. Addict. Behav., 17 (4): 284-92.

Toneatto T., Millar G. (2004): *Assessing and Treating problem gambling: empirical status and promising trends.* Can. J. Psychiatry, 49: 517–25.

Tavares H., Zilberman M.L., el-Guebaly N.(2003): *Are there cognitive and behavioural approaches specific to the treatment of pathological gambling* ? Can. J .Psychiatry.48 (1) :22-7.

Tremblay, G. C., Huffman, L., & Drabman, R. S. (1998).*The effects of modeling and experience on young children's persistence at a gambling game.*Journal of Gambling Studies, 14(2), 193-210.

Turchi R.M., Derevensky J.L. (2006) :*Youth Gambling :Not a safe bet*. Curr. Opin. Pediatr. 18(4):454-458.

Valleur M, Bucher C. (1997) : *Le Jeu pathologique.* Paris: Presses Universitaires de France .

Valleur M., Bucher C. (2006) : *Le Jeu pathologique*. Paris: Armand Colin.

Vander Bilt & Franklin, J. (2003).*Gambling in a familial context. In H.J. Shaffer M.N.Holl Vander Bilt & E.M. George (Eds). Future at Stake: Youth, gambling, and society*. Reno, N.V., US.:University of Nevada Press,120-125.

Venisse J.-L.,Ades J.,Valleur M.(2007). *Rapport pour la MILDT concernant le probleme des addictions au jeux.* Available

scăderea stimei de sine, anxietatea, suicidul cauzat de datoriile crescânde, diminuarea rețelei de suport social şi imposibilitatea de a înceta să joace, în ciuda consecințelor negative asociate cu jocul excesiv (Gupta ,Derevensky&Martin ,2006).

Nu toți adolescenții au acelaşi grad de vulnerabilitate pentru jocul problemă. De exemplu, cercetările au indicat faptul că sexul masculin este mai predispus la apariția jocului problemă decât cel feminin. De asemenea, se pare că adolescenții care prezintă tulburări de comportament de tip impulsiv pot să dezvolte mai uşor jocul problemă. Unii adolescenți au tendința să folosească jocul ca pe o modalitate de evadare din problemele cotidiene şi de luptă cu o imagine de sine foarte scăzută (de exemplu, datorită unor performanțe şcolare scăzute, eşecuri semnificative, dezinteres parental).

I.2.Răspunsuri la întrebări frecvente legate de jocurile de noroc (adaptare după Gupta şi colab.,2006)

1. **De ce anumiți indivizi vor prezenta joc patologic de noroc, iar alții nu?**

Indivizii joacă din diferite motive. Cei care nu vor dezvolta joc patologic, declară că joacă în primul rând cu scopul de a se distra şi pentru a-şi încerca norocul. Ei nu cred neapărat că vor câştiga mai mulți bani destinați activității distractive decât îşi pot permite să piardă. Din contră, indivizii care prezintă joc problemă afirmă că jocul îi ajută să scape de problemele lor, să se simtă importanți, sau să simtă că trăiesc.Ei au dificultăți în fixarea limitelor (de timp, bani şi frecvență a jocului) şi cred că vor putea recupera pierderile datorate jocului prin dezvoltarea unor strategii care să prezică rezultatul.

2. **De ce sexul masculin este mai afectat decât cel feminin de problema jocului?**

Băieții în general tind să fie mai competitivi şi agreează să se simtă importanți când câştigă şi de asemenea îşi asumă riscuri mai mari. Multe din problemele legate de joc tind să fie asociate cu participarea excesivă la pariurile sportive, care sunt mai atractive în special pentru băieți. Trebuie totuşi notat faptul că există o tendință de creştere a numărului de persoane de sex feminin care au probleme serioase cu jocul.

3. Este problema adicției la jocul de noroc la fel de gravă ca aceea a adicției la droguri?

Da, pentru că ambele au consecințe negative severe. Subiecții cu probleme de joc sunt foarte preocupați de joc, au un comportament impulsiv, iar familia, prietenii, şcoala şi munca devin secundare față de nevoia lor de a juca. Este o situație similară cu cea întâlnită la alcoolici sau la dependenții de droguri. Unii indivizi au tendința să utilizeze jocurile, alcoolul sau drogurile ca o soluție pentru problemele lor.

4. Sunt toate formele de joc la fel de problematice?

Nu, este clar că nu toate formele de joc conduc în aceeaşi măsură la dependență. Astfel, jocurile pe maşini electronice, pariurile sportive şi jocurile de cărți sunt printre cele mai problematice pentru adolescenți. Acest lucru se datorează faptului că jucătorii supraestimează gradul de îndemânare cerut de practicarea acestora şi simt că există un risc minim de a-şi pierde controlul.

5. De ce loteria este considerată o activitate de risc pentru tineri?

Este adevărat că rar au fost consemnați subiecți care au dezvoltat adicție la loterie. Loteria care se bazează pe extrageri presupune cel mai scăzut nivel de risc, datorită timpului minim alocat jocului, precum şi datorită întârzierii obținerii gratificației. Se ştie că adolescenților şi copiilor le place să joace la loz în plic răzuibil ("instant scratch tickets" şi/sau "pull-tabs") deoarece sunt ieftine şi pot afla imediat rezultatul. Pariurile sportive reprezintă cel mai mare risc dintre toate produsele oferite de loterie, deoarece adolescenții au tendința să dezvolte "iluzia controlului".Ei sunt adesea experți în statisticile sportive cu atât mai mult cu cât parierea pe o anumită echipă are tendința să crească dorința de a urmări jocurile.

În ceea ce priveşte tipul produsului de loterie, cercetările arată cu certitudine un singur lucru: practicarea jocului de loto la tineri reprezintă o importantă cale de acces spre paternul de joc problemă care apare ulterior la mulți dintre aceştia. Cu cât debutul în joc e mai precoce, cu atât problemele care vor apare ulterior sunt mai mari . În cazul loteriei, anumite afinități legate de aceasta pot fi inoculate de către părinți, care le pot oferi copiilor bilete de loterie ca şi cadou încă de la vârste fragede.

Skinner H.A., Biscope S., Murray M., Korn D.(2004).*Dares to addiction: Youth definitions and perspectives on gambling.* Canadian Journal of Public Health, 95(4), 264-267.

Spinella, M.(2003): *Evolutionary mismatch, neural reward circuits, and pathological gambling*. International Journal of Neuroscience, 113(4), 503-512.

Spunt B. (2002). *Pathological gambling and substance misuse*. Substance Use & Misuse, 37(8-10), 1299-1304.

Steel Z., Blaszczynski A. (1998): *Impulsivity, personality disorders and pathological gambling severity*.Addiction, 93 (6), 895-905.

Steenbergh, T. A., Meyers, A. W., May, R. K., & Whelan,J. P. (2002). *Development and validation of the Gamblers' Beliefs Questionnaire.* Psychology of Addictive Behaviors, 16(2), 143-149.

Stinchfield, R. (2000). *Gambling and correlates of gambling among Minnesota public school students.*Journal of Gambling Studies, 16(2/3), 153-173.

Stinchfield, R. (2001).*A comparison of gambling by Minnesota public school students in 1992, 1995, and 1998*.Journal of Gambling Studies, 17(4), 273-296.

Stinchfield, R. (2002). *Youth gambling: How big a problem?* Psychiatric Annals, 32(3), 197-202.

Stinchfield, R., & Winters, K. C. (1998).*Gambling and problem gambling among youths.*Annals of the American Academy of Political and Social Science, 556, 172-85.

Stinchfield, R., Cassuto, N., Winters, K., & Latimer, W. (1997).*Prevalence of gambling among Minnesota public school students in 1992 and 1995.*Journal of Gambling Studies, 13(1), 25-48.

Stitt, B. G., Giacopassi, D., & Vandiver, M. (2000).*A minor concern? Underage casino gambling and the law.* The Social Science Journal 37(3), 361-373.

Strauss, A., & Corbin, J. (1990).*Basics of Qualitative Research - Grounded Theory Procedures and Techniques.*New York: Wiley.

Strong, D. R., Breen, R. B., Lesieur, H. R., & Lejuez, C. W. (2003).*Using the Rasch model to evaluate the South Oaks Gambling Screen for use with nonpathological gamblers.* Addictive Behaviors, 28(8), 1465-1472.

Strong D.R., Daughters S.B., Lejuez C.W., Breen R.B. (2004): *Using the Rasch model to develop a revised Gambling Attitudes and Beliefs*

*120: Pathologic Gambling and Impulse Control Disorders 1739Australian aboriginal community.*Am. J. Phys .Anthropol. ;

Schofield G., Mummery K., Wang W., Dickson G.(2004): *Epidemiological study of gambling in the non-metropolitan region of central Queensland.* Australian Journal of Rural Health.12: 6-10.

Schissel, B. (2001). *Betting against youth:The effects of socioeconomic marginality on gambling among young people*. Youth & Society 32(4), 473-491.

Shaffer H.J.,Hall M.N. (1996).*Estimating the prevalence of adolescent gambling disorders :A quantitative syntesis and guidetoword standard gambling nomenclature*.Journal of Gambling Studies,12,193-214.

Shaffer, H. J., LaBrie, R., Scanlan, K. M., & Cummings,T. N. (1994). *Pathological gambling among adolescents: Massachusetts Gambling Screen (MAGS).* Journal of Gambling Studies, 10(4), 339-362.

Shaffer, H. J., Hall, M., Vander Bilt, J., & Vagge, L. (2003).*Introduction: Youth and gambling: Creating a legacy of risk. In H. J. Shaffer, M. N. Hall, J. Vander Bilt, & E. M. George (Eds.), Futures at stake: Youth, gambling, and society.* Reno, NV, US: University of Nevada Press,1-24.

Shaffer, H. J., & Hall, M. N.(2001). *Updating and refining prevalence estimates of disordered gambling behaviour in the United States and Canada.* Canadian Journal of Public Health, 92(3), 168-172.

Shaffer, H. J., Hall, M. N., & Vander Bilt, J. (1999).*Estimating the prevalence of disordered gambling behavior in the United States and Canada: A research synthesis. Am* .J .Public Health, 89(9), 1369-1376.

Shaffer, H. J., & Korn, D. A. (2002).*Gambling and related mental disorders: A public health analysis.* Annual Review of Public Health, 23, 171-212.

Shapira N.A., Ferguson M.A., Frost-Pineda K., Gold M.S.(2002*): Gambling and problem gambling prevalence among adolescents in Florida.* [Internet]. Disponibil la:http://www.austgamingcouncil.org.au/ images/pdf/ eLibrary/1348.pdf Consultat în Iunie 2007

Sharpe L. (2002): *A reformulated cognitive-behavioural model of problem gambling:a Bio-psychosocial perspective.* Clinical Psychology Review, 22 , 1-25.

6. De ce este interzisă prin lege participarea copiilor şi adolescenților la jocurile de noroc?

Tinerii, în general, sunt lipsiți de maturitate în a stabili limitele de bani, timp şi frecvență în ceea ce priveşte jocurile, nefiind astfel considerați consumatori informați, în măsură să facă alegeri responsabile. Cercetările de altfel, au arătat că debutul precoce al jocului se corelează cu dezvoltarea jocului patologic.

7. Prezintă toată lumea riscul de a dezvolta joc problemă?

Răspunsul la această problemă este controversat. Fiecare individ poate dezvolta joc problemă în aceeaşi măsură în care oricare poate deveni dependent de alcool. Este adevărat că anumite circumstanțe şi trăsături de personalitate pot creşte acest risc. Totuşi, este foarte important pentru adolescenți să ştie că tinerii din toate mediile pot dezvolta serioase probleme legate de joc.

8. Ce se poate face în cazul în care cineva apropiat, un prieten, un membru al familiei sau chiar eu am probleme cu jocul?

Oricine se confruntă cu o problemă legată de joc trebuie să fie înconjurat de o rețea de suport social, care trebuie să-l încurajeze să apeleze la ajutor specializat. Membrii familiei sau prietenii pot avea un important rol suportiv, nefiind de acord cu jocul şi angrenându-i pe aceştia în activități alternative şi asigurându-le suportul emoțional corespunzător.

I.3.Semnele jocului problemă la adolescenți (Gupta, Derevensky&Martin, 2006)

1. Alocarea unui timp însemnat activității de joc sau reflectarea îndelungată la acesta;
2. Absenteism şcolar şi performanțe şcolare scăzute datorită jocului;
3. Alocarea tot mai frecventă a unor sume din ce în ce mai mari de bani pentru a obține excitația produsă de joc;
4. Schimbarea dispoziției şi apariția stresului atunci când nu pot juca regulat sau când încearcă să limiteze sau să stopeze jocul;
5. Promisiunile de încetare sau de reducere a frecvenței jocului nu pot fi îndeplinite;

6. Minciuni sau secretomanie legate de activitățile de joc;
7. Pierderea resurselor financiare şi imposibilitatea de a-şi acoperi cheltuielile legate de joc;
8. Împrumutarea sau solicitarea de bani de la membrii familiei sau prieteni pentru a juca în continuare;
9. Continuarea jocului cu scopul de a recupera banii pierduți şi convingerea că se vor putea opri din practicarea jocurilor atunci când vor putea recupera toate pierderile;
10. Jocul este o modalitate de a scăpa sau de a uita de propriile probleme;
11. Jucătorii se laudă cu câştigurile mari şi vorbesc constant despre experiențele lor anterioare de joc;
12. Jucătorii sunt nerăbdători să pună în joc sume mari de bani;
13. Dispoziție variabilă, de la o extremă la alta, din "culmea fericirii" până la depresie profundă.

I.4.Jocul ca activitate de risc

Jocurile devin activități de risc atunci când subiecții care le practică o fac pentru a scăpa de anumite probleme, pentru a diminua sentimentul de singurătate şi pentru că se gândesc că vor câştiga bani în acest mod. Aceşti jucători riscă să-şi piardă controlul şi să dezvolte joc problemă, începând cu momentul în care nevoile generate de joc sunt trăite intens pentru o scurtă perioadă de timp. Mai mult, jucătorii problemă interpretează eronat realitatea, considerând că pot controla jocul şi că pot câştiga o mare sumă de bani. Adevărul este că nimeni nu poate controla rezultatul jocurilor de noroc. Pe termen lung, cu cât joacă mai mult, cu atât pierd mai mult.

Fig.2 Etapele dezvoltării jocului problemă

Faza de câştig>>>>>>>Faza de pierdere>>>>>Faza de disperare

În fig.2 sunt prezentate etapele dezvoltării jocului problemă, după Derevensky&Gupta, 2004 :

1. **Faza de câştig** (distracție şi excitație: focusarea pe propriile câştiguri, sentiment de bogăție şi importanță). Subiecții joacă din diferite motive sau fără un motiv anume.
2. **Faza de pierdere** (pierderi de bani, împrumuturi financiare, vânzarea de obiecte personale, absenteism şcolar, certuri

Proimos, J., Durant, R. H., Pierce, J. D., & Goodman, E. (1998).*Gambling and other risk behaviors among 8th- to 12th-grade students.* Pediatrics,102 (2),23.

Pugh, P., & Webley, P.(2000). *Adolescent participation in the U.K. national lottery games.* Journal of Adolescence 23(1), 1-11.

Pursley, W. L. (1991). *Adolescence, chemical dependency and pathological gambling.* Journal of Adolescent Chemical Dependency, 1(4),25-47.

Raylu N.&Oei T.P.S.(2002). *Pathological gambling: A comprehensive review*. Clinical Psychology Review 22 (7), 1009-1061

Raylu N., Oei T.P.(2004): *The Gambling Related Cognitions Scale (GRCS):development, confirmatory factor validation and psychometric properties.*Addiction. 99(6) ; 757-769.

Riglietta, M., Campana, M., Drago, P., Metzger, M.,Tincani, A., & Tidone, L. (2002). *Prevalence lifetime of substance use and other addictive behaviours in high school students. [Meeting abstract].* European Psychiatry, 17 (Suppl. 1),137S.

Ronen T. (1997): *Cognitive Developmental Therapy with Children,* John Wiley and Sons, N.Y.

Rosenstein, J., & Reutter, R. (1980). *Gambling: An adolescent activity*. Journal of Adolescent Health Care, 1(2), 180.

Rosenthal, R. (1992). *Pathological Gambling.*Psychiatric Annals, 22 (21), 72-78.

Roy A, Adinoff B, Roehrich L, et al.(1988): *Pathological gambling: a psychobiological study.* Arch. Gen .Psychiatry ;45:369–373.

Roy A, DeJong J, Ferraro T, et al.(1989): *CSF GABA and neuropeptides in pathological gamblers and normal controls*. Psychiatry Res.; 30:137–144.

Saiz-Ruiz, J., Moreno Oliver, I., Lopez-Ibor Alino, J.J. (2001): *Pathological gambling: A clinical and therapeutic-evolutive study of a group of pathological gamblers.* Actas Luso. Esp. Neurol. Psiquiatr. Cienc. afines., 20,189-197.

Sanger, S. (2003).*Youth-gambling treatment issues. In H. J. Shaffer, M. N. Hall, J.Vander Bilt, & E. M. George (Eds.), Futures at stake: Youth, gambling, and society ,*Reno, NV, US: University of Nevada Press, 84-99.

Schmitt LH, Harrison GA, Spargo RM.(1998): *Variation in epinephrine and cortisol excretion rates associated with behavior in an Chapter*

Petry N. (2003): *A comparison of treatment-seeking pathological gamblers based on preferred gambling activity* .Addiction. 98:645-655.

Petry N, Mallya S. (2004): *Gambling participation and problems among employees at a university health center.* Journal of Gambling Studies .20(2): 155-170.

Petry N.M., Ammerman Y., Bohl J., Doersch A., Gay H., Kadden R., Molina C., Steinberg K. (2006):*Cognitive-behavioral therapy for pathological gamblers.* J. Consult .Clin .Psychol.74 (3) : 555-567.

Petry N.M, Stinson F.S., Grant B.F. (2005) : *Comorbidity of DSM-IV pathological gambling and other psychiatric disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions.* J. Clin. Psychiatry.66 (5): 564-574.

Petry, N. M. (2001): *Substance abuse, pathological gambling, and impulsiveness*. Drug Alcohol depend., 63,29-38.

Phillips A.G., LePiane F.G.(1980): *Reinforcing effects of morphine microinjection on to the ventral tegmental area.* Pharmacol. Biochem .Behav.12:965–968.

Pietrzak RH, Petry NM.(2005): *Antisocial personality disorder is associated with increased severity of gambling, medical, drug and psychiatric problems among treatment-seeking pathological gamblers.* Addiction.100 (8): 1183-1193.

Pietrzak, R., Ladd, G., & Petry, N. (2003).*Disordered gambling in adolescents: Epidemiology, diagnosis, and treatment.* Paediatric Drugs, 5(9), 583-595.

Pelletier, A., Ladouceur, R., & Fortin,J. M. (2004).*Assessment of high school students' understanding of DSM-IVMR-J Items.* Journal of Adolescent Research, 19(2), 224-232.

Potenza M.N., Chambers R.A.(2001): *Schizophrenia and pathological gambling.* Am. J. Psychiatry.158 : 497-498.

Potenza, M.N., Fiellin, D.A., Heninger G.R., Rounsaville, B.J. & Mazure, C.M. (2002).*Gambling: A addictive behavior with health and primary care implication.* Journal of General Internal Medicine, 17(9), 721-732.

Poulin Ch.(2000).*Problem gambling among adolescent students in the Atlantic provinces of Canada.*Journal of Gambling Studies. 16(1), 53-78.

Poulin, C. (2001). *An assessment of the validity and reliability of the SOGS-RA.* Journal of Gambling Studies, 18(1), 67-93.

frecvente, pierderea controlului afectând diferite aspecte ale vieții lor). Subiecții încearcă să recupereze banii pierduți în ciuda consecințelor negative şi a pierderilor repetate.

3. **Faza de disperare** (obsesie pentru joc, minciuni, înşelătorii, furturi, depresie). Subiecții se gândesc adesea la suicid şi cred că nu mai există nici o cale de a-şi rezolva problema.

I.5. Consecințe asociate cu jocul problemă (după Derevensky & Gupta,2004):

-Jucătorii problemă tind să fure, să mintă, să manipuleze;
-Caracterul lor se deteriorează rapid;
-Prezintă frecvent anxietate şi depresie;
-Jucătorii problemă tind să se îndatoreze, să se izoleze, îndepărtându-se de cei apropiați (familie şi prieteni) şi se confruntă adesea cu probleme legale;
-Dependența lor de jocuri este condusă de un impuls incontrolabil de a învinge, de sentimentul de importanță şi de dorința de a evada din realitate;
-Jocul devine atât de important în viața lor, încât devin complet dominați de acesta;
-Jucătorii se confruntă cu probleme majore din punct de vedere social, familial, şcolar sau profesional.

I.6.Semne de alarmă în jocul problemă (după Derevensky & Gupta ,2004)

1. Jucătorul se află adesea în posesia unor materiale legate de joc (tichete de loterie, cărți de joc, etc);
2. Alocarea unei mari părți din timp jocului;
3. Parierea tot mai frecventă şi pe sume tot mai mari;
4. Reîntoarcerea la joc, cu scopul de a-şi recupera banii pierduți;
5. Acumularea de datorii crescânde;
6. Propunerea ca scop să dea “marea lovitură”;
7. Implicarea în împrumuturi sau furturi de bani şi imposibilitatea de a-şi aminti pe ce a cheltuit banii. În momentul când solicită împrumut financiar, pare disperat;
8. Vinderea bunurilor personale pentru a face rost de bani;
9. Promisiunea că va renunța la joc, cu încălcarea în mod repetat a acesteia;

10. Refuzul de a da explicații despre comportamentul lui sau minciunile legate de acesta;
11. Lauda în legătură cu câştigurile sale;
12. Preferința de a juca în detrimentul altor activități, chiar dacă acestea înainte îi plăceau;
13. Căutarea unor activități care produc o stare de excitație;
14. Emoții când priveşte evenimente sportive la televizor;
15. Deținerea asupra lui a unor sume mari de bani"cash";
16. Permanenta verbalizare despre joc;
17. Chiulul de la şcoală şi petrecerea unei părți mari de timp în afara casei, fără a avea un motiv întemeiat;
18. Eşecuri şcolare şi lipsă de concentrare;
19. Semne de anxietate şi retragere;
20. Irascibilitate şi schimbări bruşte de dispoziție.

I.7.Mituri şi credințe legate de jucători şi cum le putem aborda (Gupta şi colab.,2006):

Mitul 1: Adolescenții nu au probleme cu jocul.

De fapt, 4-6% dintre adolescenți prezintă adicție la joc. Aceasta înseamnă că în fiecare clasă formată din 25 elevi de liceu, unul prezintă probleme serioase datorate jocului. Adolescenții, ca de fapt oricine, nu sunt imuni la acest tip de adicție.

Mitul 2: Atunci când cunoşti regulile unui joc (de ex. black jack), ai şanse mai mari de câştig.

De fapt, cunoaşterea regulilor unui joc, cum ar fi black jack, te poate ajuta să iei decizii în timpul jocului, dar nu îți creşte cu nimic şansele reale de a câştiga. Faptul că persoana câştigă sau pierde, depinde mai mult de cărțile pe care le primeşte, ca de altfel şi de cărțile pe care le-au primit ceilalți jucători, fapt care nu poate fi controlat.

Mitul 3: Dacă eşti priceput la jocuri video, înseamnă că vei deveni un bun jucător la Terminalele de Video Loterie (Video Lottery Terminal).

De fapt, practicarea jocurilor video presupune existența unor abilitați. Cu cât vei juca mai mult, cu atât vei deveni mai bun în acest domeniu. Accesarea terminalelor de Video Loterie, ca de altfel orice

Moore, S. M., & Ohtsuka,K. (1999). *Beliefs about control over gambling among young people, and their relation to problem gambling*. Psychology of Addictive Behaviors, 13(4), 339-347.

Moore, S. M., & Ohtsuka, K. (2000). *The structure of young people's leisure and their gambling behaviour.* Behaviour Change, 17(3), 167-177.

Muňoz-Molina Y. (2008):*Meta-analisis sobre juego patologico 1997-2007.*Rev.salud publica.10(1):150-159.

National Research Council (1999).*Pathological gambling:A critical review*.Washington,D.C.:National Academy Press.

Neighbors, C., Lostutter,T.W. ,Cronce J.M. and Larimer ,M.E.(2002): *Exploring College Student Gambling Motivation.*Journal of Gambling Studies, 18, 4**,** 361-370.

Nower, L.&Blaszcynski,A. (2003). *A pathways approach to treating youths gamblers*. European Association for the Study of Gambling conference, Barcelona, Spain.

Nower, L., Derevensky, J.L., Gupta, R., (2004): *The Relationship of Impulsivity, Sensation Seeking, Coping, and Substance Use in Youth Gamblers*, Psychology of Addictive Behavior, 18, 1, 49-55.

Obae, P. (2006). *Câştiguri la noroc sau dexteritate* .Evenimentul zilei,10 August, 22.

Oei T.P., Raylu N. (2004): *Familial influence on offspring gambling: a cognitive mechanism for transmission of gambling behavior in families.* Psychol. Med.34 (7): 1279-88.

Olason D., Sigurdardottir K.J., Smari J.(2006): *Prevalence estimates of gambling participation and problem gambling among 16-18-year-old students in Iceland: a comparison of the SOGS-RA and DSM-IV-MR-J.* Journal of Gambling Studies .22(1): 23-39.

Online Gambling PhD Online Casinos (2003) -*Phd &gambling phd.com*

Oster, S. L., & Knapp, T. J.(1998). *Sports betting by college students: Who bets and how often?* College Student Journal, 32(2), 289-292.

Peele, S. (2001). *Is gambling an addiction like drug and alcohol addiction?* Electronic Journal of Gambling Issues: eGambling (EJGI), 3.

Pallesen S., Mitsem M., Kvale G., Johnsen B.H., Molde H.(2005): *Outcome of psychological treatments of pathological gambling: a review and meta-analysis.*Addiction. 100 (10): 1412.

Petry N.M., Armentano C. (1999):*Prevalence,assessment, and treatment of pathological gambling: a review.* Psychiatric services.50 (8): 1021-1027.

Lupu V., Lupu D. (2005) :*Jocul patologic de noroc.Studiu de caz.* Viața medicală , 28,6.

Lupu, V.,Onaca ,E.,Lupu ,D. (2002): *The prevalence of pathological gambling in Romanian teenagers*.Minerva Medica,93,5,413-418

Lupu, V. (1999). *Jocul patologic de noroc la adolescenți . În N. Miu (Ed.), Tratat de medicina adolescentului.*Casa Cărții de Ştiință. Cluj-Napoca, 550-554.

Lupu, V., Boroş, S., Miu, A., Iftene, F. & Geru, A. (2001a). *Factori de risc pentru jocul patologic de noroc la adolescenții români* . Revista SNPCAR, 4, 33-38.

Lupu, V., Boroş, S., Miu, A., Iftene, F. & Geru, A. (2001b). *Jocul patologic de noroc la adolescenții români* . Lucrare prezentată la a 24-a Conferință națională "Patologia psihiatică şi neurologică la adolescenți". Bucureşti, România.

Lupu V.(2003): *Introducere în hipnoterapia şi în psihoterapia cognitiv-comportamentală a copilului şi adolescentului*, Ed. ASCR, Cluj-Napoca.

Lupu V.,Lupu D.G..(2007):*Jocul patologic de şansă ca dependență non-farmacologică.*În P.Abraham ,M.Bojiță (Ed.).De ce cad îngerii?.Ed.Napoca Star Cluj-Napoca,221-228.

Lupu V.(2008).*Cognitive-behavioral therapy in pathological gambling:A case analysis*.Journal of Cognitive and behavioral Psychotherapies, 8(2):269-277.

Lupu V. (2009):*Romania.* In: G.Meyer,T. Hayer, ,M. Griffiths,(Eds.) :Problem Gambling in Europe. Challenges, Prevention, and Interventions.Ed.Springer,New-York ,229-241(in press.).

Maden, T., Swinton, M., & Gunn, J.(1992).*Gambling in young offenders.* Criminal Behaviour & Mental Health, 2(3), 300-308.

Mark, M. E., & Lesieur, H. R. (1992). *A feminist critique of problem gambling research.*British Journal of Addiction, 87(4), 549-565.

McGowan, V., Droessler, J., Nixon, G., & Grimshaw, M. (2000).*Recent research in the sociocultural domain of gaming and gambling: An annotated bibliography and critical overview.* Edmonton, Alberta: The Alberta Gaming Research Institute.

Messerlian C., Derevensky J.L., Gupta R. (2005): *Youth gambling problems: a public health perspective* .Health Promotion International.20(1):69-79.

alt joc de noroc, nu necesită nici un fel de îndemânare. Rezultatele nu depind de tine, ci exclusiv de noroc.

Mitul 4:Rezultatul la jocul anterior îl determină şi pe cel al jocului următor.

De fapt, fiecare joc reprezintă un eveniment complet independent şi nu are nici o legătură cu jocul precedent. De exemplu, combinația de numere câştigătoare din săptămâna în curs nu are nimic în comun cu combinația câştigătoare din săptămâna următoare. Cărțile şi biletele de loterie nu au memorie.

Mitul 5: Nu contează dacă ai pierdut la joc; eventual dacă vei continua să joci, ai şansa să-ți recâştigi banii.

De fapt, cu cât joci mai mult, şansele să pierzi sunt mai mari datorită faptului că sistemul este de aşa natură încât şansele de câştig sunt mai mari pentru casino şi loterie decât pentru participant.

Mitul 6: Dacă eşti o persoană norocoasă în viață, atunci vei avea noroc şi când joci.

De fapt, tot aşa cum un joc nu are legătură cu cel precedent, la fel nici rezultatele jocului nu pot fi influențate de calitățile unei persoane. Oricât te-ai ruga sau oricât ai recurge la anumite superstiții, nu poți influența norocul.

Mitul 7: Dacă cunoşti bine evoluția echipelor şi palmaresul jucătorilor, poți fi sigur că vei câştiga atunci când vei participa la pariuri sportive.

De fapt, pariurile sportive sunt foarte înşelătoare. Unele echipe sunt în general mai bune decât altele, aşa încât atunci când pariezi pe o anumită echipă, eşti sigur că vei câştiga. Dar, se pot întâmpla multe lucruri în timpul jocului (de exemplu, un jucător important poate fi accidentat), ceea ce duce la schimbarea completă a sorții partidei. Mulți adolescenți ajung să aibă probleme cauzate de participarea la pariurile sportive.

Mitul 8: Jocul este o nevinovată forma de distracție.

De fapt, dacă pentru mulți oameni, jocul poate reprezenta o distracție, pentru alții poate deveni o problemă. Aceştia devin obsedați şi preocupați de joc şi nu se pot gândi la nimic altceva. Jocul problemă poate apare la oricine, indiferent de starea materială, culturală sau credința religioasă.

I.8.Percepția adolescenților în legătură cu publicitatea din industria jocurilor de noroc şi impactul ei asupra unor potențiali jucători

În ultima perioadă, asistăm la o mare expansiune a industriei jocurilor, care a dus la o:

- mare creştere a sectorului de jocuri atât din sistemul privat, cât şi din cel de stat;
- mare varietate şi relativ uşoară accesibilitate la jocuri;
- proliferare a website-urilor pentru jocuri online;
- expansiune extraordinară a jocurilor în întreaga lume;
- acceptare din punct de vedere cultural şi considerarea acestora ca fiind forme legitime de divertisment.

Referitor la practicarea jocurilor de către tineri, tendința dominantă pe termen lung, va fi de creştere progresivă a disponibilității acestora, de intensificare a practicării lor, precum şi de apariția unor probleme serioase legate de joc .

Prin publicitatea făcută, prin show-urile de televiziune, prin filme, modelele parentale, sprijinirea de către guvern, turneele de poker televizate, jocurile au început să fie percepute ca activități normale, excitante, distractive şi lipsite de risc. Se cheltuiesc sume foarte mari de bani în America de Nord de către loterii pentru publicitate. Astfel, în 1986 au fost cheltuiți în acest scop 400 milioane USD în scop publicitar şi loteria a câştigat 34 miliarde de USD din vânzări. Aceste sume alocate publicității depăşesc cu mult sumele alocate cercetării, prevenției şi tratamentului (Derevensky, 2008).

Mesajele publicității făcute loteriei sunt orientate spre segmentele vulnerabile ale populației, în special spre tineri. Publicitatea şi emisiunile de televiziune îi inițiază pe copii şi adolescenți în principiile jocurilor.Există o corelație pozitivă între expunerea legată de publicitatea la joc şi participarea la joc a adolescenților. Publicitatea serveşte ca un declanşator semnificativ şi un stimulent al practicării jocurilor. Rezultatele a două studii recente au arătat următoarele aspecte:

-Cele mai vizibile acțiuni de publicitate se referă la loterie şi casinouri;

-Reclamele pe Internet au fost cel mai frecvent întâlnite;

-Cele mai frecvente imagini sunt prezentate în culori strălucitoare, atractive ale unor tineri care câştigă sume mari de bani;

-Asocierea unor reclame la jocuri, reprezentând femei atrăgătoare;

-Utilizarea umorului;

-Perceperea indivizilor ca fiind învingători.

Langewisch, M.&Frisch, R.(2001).*Classification of pathological gambling as an impulse control disorder*. Electronic Journal of Gambling Issues: (EJGI), 3.

Langhinrichsen-Rohling J, Rhode P, Seeley JR, Rohling ML.(2004). *Individual, family, and peer correlates of adolescent gambling*. Journal of Gambling Studies .20(1): 23-46.

Lavioe, M. & Ladouceur, R. (2004). *Prevention of gambling among youth: Increasing knowledge and modifying attitudes toword gambling.* Electronic Journal of Gambling Issue, Issue 10.

Lejoyeux M., Feuche N., Loi S., Solomon J., Adès J.(1998) : Impulse-control disorders in alcoholics are related to sensation seeking and not to impulsivity. Psychiatry Res. Nov . 81 (2) : 149-155.

Lesieur H.R., Rosenthal R.J. (1991). *Pathological gambling: a review of the literature*. J Gambl Stud. 7: 5-39.

Lesieur H.R., Klein R.(1987): *Pathological gambling among high school students*. Addict. Behav. 12 (2) : 129-35.

Lesieur H.D., Blume S. (1987): *The South Oaks Gambling Screen: a new instrument for the identification of pathological gamblers.* Am. J. Psychiatry; 144-149.

Lesieur H.R, Blume S.B. (1993): *Pathological gambling, eating disorders, and the psychoactive substance use disorders.* Journal of Addictive diseases.12:89-102.

Lesieur H.R, Blume S.B.(1991): *Evaluation of patients treated for pathological gambling in a combined alcohol,substance abuse and pathological gambling treatment unit using the Addiction Severity Index*. Br. J.Addict.86(8):1017-1028.

Lesieur, H. R., Cross, J., Frank, M., Welch, M., White, C. M., Rubinstein, G., Moseley, K. &Mark, M. (1991): *Gambling and pathological gambling among university students*. Addictive Behaviors*, 16*, 517-527.

Lesieur, H.R. (2003).*Adolescent gambling research: The next wave. In H.J. Shaffer, M.N. Hall, J. Vander-Bilt, and E.M. George (Eds.),* Futures at Stake: Youth Gambling and Society. Reno, Nevada: University of Nevada Press.

Lightsey,O.R.,Hulsey C.D., (2002) :*Impulsivity, coping, stress, and problem gambling among university students.Journal of counseling psychology ,* 49, 2, 202-211.

Lopez Viets V.C. et Miller W.R. (1997): *Treatment approaches for pathological gamblers.* Clin. Psychol .Rev. 17 (7): 689-702.

Ladouceur, R., Sylvian, C., Letarte, H., Giroux, I., Jacques, C.(1998): *Cognitive Treatment of Pathological Gamblers*, Behaviour Research and Therapy, 36, pag. 1111-1119.

Ladouceur R, Ferland F, Vitaro F, Pelletier O. (2005): *Modifying youth perception toward pathological gamblers.* Addictive Behaviors. 30:351-354. 97.

Ladouceur R., Jacques C., Chevalier S., Sevigny S., Hammel D., Allard D. (2004) *Prevalence des habitudes de jeu et du jeu pathologique au Québec en 2002.* Montréal et Québec, Ed: Université Laval et Institut national de santé publique du Québec, 2004.

Ladouceur R., Jacques Ch., Chevalier S., Sévigny S., Hamel D.(2005): *Prevalence of Pathological Gambling in Quebec in 2002.* Canadian Journal of Psychiatry .50 (8): 451-456.

Ladouceur R.(2004): *Perceptions among pathological and non-pathological gamblers*. Addict Behav. 29(3):555-565.

Ladouceur R. (1991): *Prevalence estimate of Pathological Gambling in Quebec*. Can. J .Psychiatry. 36:732-734.

Ladouceur R.(1996): *The prevalence of pathological gambling in Canada*. J. Gambl. Stud. 12:129-142.

Ladouceur, R., Boudreault, N., Jacques, C., & Vitaro, F. (1999).*Pathological gambling and related problems among adolescents.* Journal of Child & Adolescent Substance Abuse, 8(4), 55-68.

Ladouceur R., Gaboury A., Dumont D., Rochette P. (1988).*Gambling : relationship between the frequency of wins and irrational thinking.* J Psychol.122 : 409-414.

Ladouceur R., Walker M.(1996): *A cognitive perspective on gambling.In P.M. Salkovskis (Ed.), Trends in cognitive and behavioural therapies , 89-120*. New York: John Wiley & Sons.

Lange, M. A. (2001). *If you do not gamble, check this box: Perceptions of gambling*. behaviors. Journal of Gambling Studies, 17(3), 247-254.

Langer E. (1975): *The illusion of control*. Jollers Soc. Psychol., 32, 311-328.

Langer E.J., Roth J.(1975): *Heads you win, tails it's chance : the illusion of control as a function of the sequence of outcomes in a purely chance task.* J. Pers. Soc. Psychol. 32: 951-955.

Tinerii sunt bombardați de reclame pentru joc. 93% din tineri raportează că reclamele asociate jocului au mesaje pozitive. 43% declară că au primit spamuri pe e-mail, fiind invitați să joace. 61% au primit spamuri ca reclamă. 96% au văzut reclame legate de joc la T.V. 38% se declară influențați de reclame, 31% neinfluențați şi 31% neutri. 68% declară că probabilitatea de câştig este ridicată, iar 81% declară că jocul te poate îmbogăți .În privința jocului responsabil, 40% dintre tineri percep acest lucru ca "joc la care să-i cunoşti riscurile", 45% "joacă responsabil".

Legat de impactul reclamelor, 42% sunt influențați de reclame, ceea ce îi face să încerce să joace. 61% îşi imaginează ce vor putea cumpăra din câştiguri. 35% au raportat dorința de a juca după ce au văzut reclamele (79% erau de sex masculin şi 57% cu vârste cuprinse între 16-18 ani). Jucătorii problemă sunt mai predispuşi să joace după ce privesc reclame (Derevensky,2008).

Cele mai comune teme ale publicității pentru jocuri, țigări, alcool sunt următoarele:

-fantezia-evadarea;

-recompensele financiare/fiziologice;

-avansare socială şi integrarea într-un grup de elită;

-divertisment;

-utilizarea imaginii unor femei atractive, provocatoare din punct de vedere sexual;

-accesul la un stil de viață excitant şi fascinant;

-dorința de independență.

În concluzie, publicitatea influențează indivizii cei mai interesați de jocuri (sexul masculin, tineri, jucători-problemă); publicitatea nu incită non-jucătorii să joace, dar poate menține obiceiurile de joc. Reclamele par să aibă un efect nefavorabil asupra tinerilor cu probleme de joc.

Având în vedere această situație, Derevensky (2008) propune următoarele măsuri care ar trebui aplicate:

-efectuarea unor cercetări suplimentare privind impactul reclamelor pentru jocuri asupra adolescenților şi tinerilor;

-coordonarea eforturilor privind reglementarea publicității;

-inițiative care să promoveze ca publicul larg să conştientizeze pericolele reprezentate de jocuri;

-reclamele publicitare trebuie să fie acompaniate de mesaje responsabile din punct de vedere social;

-stoparea vânzării de “vise” (de exemplu, ideea că jocul este o alternativă la muncă,aşa după cum s-a întâmplat din păcate la nivel social în România în perioada “fenomenului Caritas”.
-eliminarea biletelor de loterie care oferă accesul gratuit la jocuri electronice, sau care oferă ca premiu diferite obiecte;
-regândirea reclamelor care sunt în special atractive pentru copiii de vârste mici (prin utilizarea jocurilor, personajelor de desene animate, etc.);
-coordonarea eforturilor cercetătorilor, clinicienilor şi reprezentanților industriei jocurilor ;
-regularizarea şi monitorizarea vânzărilor.

Griffiths (2005) afirma faptul că publicitatea care promovează jocurile ar trebui plasată în aceeaşi categorie cu reclamele la alcool sau țigări, datorită naturii potențial adictive a jocurilor de noroc şi a posibilității de a deveni o problemă majoră de sănătate.Detalii suplimentare legate de aceste aspecte pot fi accesate pe site-ul **www.youthgambling.com**.

I.9. Cercetări privind adolescența şi jocul patologic

Jocurile de noroc sunt tot mai mult socializate, fiind omniprezente în spațiul media, public şi privat. Această dipsonibilitate şi accesibilitate la jocuri reprezintă unul dintre factorii favorizanți ai practicării jocurilor, ai abuzului sau eventual ai dependenței de joc, cu atât mai mult cu cât expunerea este mai precoce (Burge şi colab., 2006).

În Franța, jocurile sunt interzise sub 16 ani, dar acest lucru este dificil de controlat.

În Quebec, un studiu recent a indicat faptul că 44% dintre elevii de gimnaziu au participat la jocuri în ultimele 12 luni, deşi acestea sunt interzise sub 18 ani (Chevalier şi Griffiths, 2004). Se estimează că între 70-90% dintre tinerii şcolari din Quebec joacă, şi între 15-40% joacă regulat. Dintre aceştia, între 3 şi 14% riscă să suporte consecințe legate de practicarea jocurilor, iar la 2-6% se întâlnesc criteriile definitorii pentru jocul patologic. Mulți autori evocă prevalențe mai mari ale jocului patologic la adolescenți, față de adulți (Ladouceur şi colab.,2004;2005, Messerlian şi colab., 2005). Comportamentul de joc este frecvent asociat cu consumul de substanțe, în particular de canabis. Se notează şi faptul că o creştere a disponibilității jocurilor de şansă pe bani a dus la o creştere

Kearney, C. A., & Drabman, R. S. (1992).*Risk-taking/gambling-like behavior in preschool children*.Journal of Gambling Studies, 8(3), 287-297.

Korn, D. Gibbins, R & Azmier, J.(2003).*Framing public policy towards a public health paradigm for gambling*.Journal of Gambling Studies, 19(2), 235-256.

Korn, D.A. & Schaffer, J. (1999).*Gambling and the health of the public: Adopting a public health perspective*.Journal of Gambling Studies, 15(4), 289-365.

Kuzyszyn I. (1972).*The gambling addict versus the gambling professional.* The International Journal of Addictions .7(2):387-393.

Ladouceur, R., & Mireault, C. (1988).Gambling *behaviors among high school students in the Quebec area*.Journal of Gambling Behavior, 4(1), 3-12.

Ladouceur R., Boisvert J.M., Dumont J. (1994): *Cognitive-behavioural Treatment for Adolescents Pathological Gamblers*. Behaviour Modification, 18(2): 230-242.

Ladouceur, R., Vitaro, F., & Cote, M. (2001). *Parents' attitudes, knowledge, and behavior toward youth gambling: A five-year follow-up*.Journal of Gambling Studies, 17(2), 101-116.

Ladouceur, R., Bouchard,C., Rheaume, N., Jacques, C., Ferland, F., Leblond, J., & Walker, M. (2000). *Is the SOGS an accurate measure of pathological gambling among children, adolescents and adults?* Journal of Gambling Studies,16(1), 1-24.

Ladouceur R, Boudreault N, Jacques C, Vitaro F. (1999a): *Pathological gambling and related problems among adolescents*.Journal of Child and Adolescent Substance Abuse. 8(4): 55-68.

Ladouceur R, Jacques C, Ferland F, Giroux I. (1999b).*Prevalence of problem gambling: a replication study 7 years later.* Canadian Journal of Psychiatry . 44(8): 802-804.

Ladouceur R. (1993): *Jeu pathologique* en *“Therapie comportamentale et cognitive*” par R.Ladouceur, O. Fontaine, J. Cottraux, Ed. Masson, Paris, 123-129.

Ladouceur R., Boisvert J.M., Dumont J. (1994): *Cognitive-behavioural treatment for adolescents pathological gamblers*. Behaviour Modification, 18(2):230-242.

Ladouceur, R., Sylvian, C., Boutin, C., Lachance, S., Doucet, C., Leblond, J.,(2003): *Group Therapy for Pathological Gamblers: a Cognitive Approach* Behaviour Research and Therapy,41, 587-596.

Jacobs, D. F. (1988). *Evidence for a common dissociative-like reaction among addicts*. Journal of Gambling Behavior, 4(1),27-37.

Jacobs, D. F. (1989). *A general theory of addictions: Rationale for and evidence supporting a new approach for understanding and treating addictive behaviors. In H. J. Shaffer & S. A. Stein (Eds.), Compulsive gambling: Theory, research, and practice, 35-64.* Lexington, MA, USA: Lexington Books/D. C. Heath and Company.

Jacobs, D.F. (1986).*A General Theory of Adiction: A new theoretical model*.Journal of Gambling Behavior, 2(1), 15-31.

Jacobs, D. F. (1993).*Evidence supporting a general theory of addiction.In W. R. Eadington & J. A. Cornelius (Eds.), Gambling behavior and problem gambling, 287-294*. Reno, Nevada: University of Nevada.

Jacques C., Ladouceur R. (2003) : DSM-*IV-J criteria.A scoring error that may be modifying the estimates of pathological gambling among youths.* J. Gambl Stud.,19(4):427–31

Jacques C., Ladouceur R., Ferland F.(2000): *Impact of availability on gambling: a longitudinal study*. Canadian Journal of Psychiatry; 45(9): 810-815.

Johansson,A.,Gotestam,K.G. (2003):*Gambling and problematic gambling with money among Norwegian youth(12-18 years)*.Nordic Journal of Psychiatry,57,317-321.

Joukhador J., Blaszczynski A., Maccallum F.(2004): *Superstitious beliefs in gambling among problem and non-problem gamblers: preliminary data.* J. Gambl. Stud. 20 (2): 171-180.

Kairouz S, Nadeau L, LoSiou G.(2005). *Area variations in the prevalence of substance use and gambling behaviours and problems in Quebec: a multilevel analysis*. Canadian Journal of Psychiatry .50(10): 591-598.

Kaminer, V., & Petry, N. M.(1999).*Gambling behavior in youths: Why we should be concerned*. Psychiatric Services, 50(2), 167-168.

Kaminer, Y., Burleson, J. A., & Jadamec, A. (2002).*Gambling behavior in adolescent substance abuse.* Substance Abuse, 23(3), 191-198.

Kassinove, J. I., Doyle, K. A., & Milburn, N. G. (2000).*Gambling and alcohol use in adolescence*. Journal of Social Behavior and Personality, 15(1), 51-66.

Kearney, C. A., Roblek, T.,Thurman, J., & Turnbough, P. D. (1996). *Casino gambling in private school and adjudicated youngsters: A survey of practices and related variables.* Journal of Gambling Studies, 12(3), 319-327.

paralelă a practicării jocurilor de către adolescenți, aşa după cum sublinia şi Wilson (2006), într-un studiu despre prezența jocurilor video şi a loteriei în apropierea liceelor din Montreal, Canada.

Numeroase studii au ajuns la concluzia că expunerea precoce, în copilărie şi adolescență la jocurile de noroc, reprezintă un factor de risc major pentru jocul patologic de noroc la vârsta adultă. (Burge şi colab., 2006).

Un studiu prospectiv de cohortă efectuat în Canada (Wanner şi colab., 2006), a urmărit anual, de manieră developmentală, 903 tineri, cu vârste cuprinse între 11-16 ani, care apoi au fost revăzuți în intervalul de vârstă 17-23 ani, cu scopul de a identifica factorii de vulnerabilitate, în ceea ce priveşte conduitele de risc în adolescență, versus conduitele de risc şi antisociale, care persistă toată viața. Acest studiu a permis constatarea faptului că există o corelație semnificativă între expunerea precoce la substanțe (alcool şi canabis) şi jocurile de noroc (11 ani), şi menținerea conduitelor antisociale şi a condițiilor de risc la vârsta adultă. Pe de altă parte, Burge şi colab.(2006) au investigat retrospectiv asocierea dintre vârsta de debut al jocului şi severitatea jocului patologic la vârsta adultă, într-o cohortă de jucători patologici, formată din n=236. Jucătorii patologici cu cele mai ridicate scoruri de severitate (evaluată cu ajutorul ”Addiction Severity Index”), la nivel socio-familial, psihologic şi în privința uzului de substanțe, au fost cei la care debutul în activitățile de joc a fost mai precoce (vârsta medie a debutului a fost de 10 ani şi 6 luni), în comparație cu subiecții la care debutul s-a consemnat tardiv (în medie la 23 ani). De-a lungul istoricului lor, subiecții expuşi mai precoce, prezentau şi numeroase comorbidități adictive (consum precoce de alcool, canabis sau cocaină) sau psihiatrice (idei de suicid). Tot în acest segment, existau şi tulburări cognitive mai frecvente, în special tulburări de concentrare, de înțelegere şi memorare. Nu s-a putut preciza dacă aceste tulburări erau preexistente sau au apărut postmorbid.

Se poate trage concluzia că expunerea precoce şi debutul precoce la activitățile legate de jocul de noroc, este un factor de risc în dezvoltarea jocului patologic la vârsta adultă şi în egală măsură un factor de risc în apariția tulburăilor mai severe (Burge şi colab., 2006, Messerlian şi colab.,2005).

Când jocul patologic debutează în adolescență, subiecții au caracteristici diferite față de cele întâlnite la subiecții mai în vârstă. Ibanez a comparat 3 grupe de vârstă a jucătorilor patologici, între 17-44 ani, găsind diferențe la nivel psihopatologic, în funcție de

intervalul de vârstă. La cei foarte tineri, dimensiunea căutării de senzații este importantă, aceasta diminuând o dată cu vârsta. Grupul foarte tânăr nu prezenta tulburări psihopatologice, care erau însă prezente la ceilalți. Autorii au explicat aceste diferențe parțial prin consecințele jocului patologic, care poate duce la tulburări anxioase, depresie, idei de suicid la subiecții care le practică de mai mult timp (Ibanez şi colab., 2003, Gonzales şi colab., 2005). Aceste diferențe sunt foarte importante atunci când se pun la punct măsurile de profilaxie şi de abordare a acestuia în segmentul respectiv de populație. Pediatrii se implică in acțiunile de prevenție şi de informare a tinerilor, familiilor şi şcolii. De asemenea, Wilson şi colab. (2006), în urma cercetărilor în ceea ce priveşte repartiția geografică a localurilor de joc în vecinătatea liceelor, a evocat necesitatea abordării problemei într-un cadru mai larg de sănătate publică, cu implicarea factorilor politici ai industriei jocurilor (Turchi şi Derevensky, 2006).

Hardoon, K. K, & Derevensky, J.(2002). *Child and adolescent gambling behavior: Current knowledge.* Clinical Child Psychology and Psychiatry, 7(2), 263-282.

HayerT.(2004):*Jugendliche und Gluecksspiele:ImpliKationen fur eine entwicklungsorientierte Pravention*-Beitrag zum Vortag auf der DHS-Fachkonferenz SUCHT zur Pravention, 08-10 November 2004 ,in Bielefeld.

Herman, J., Gupta, R., & Derevensky, J.(1998).*Children's cognitive perceptions of 6/49 lottery tickets.*Journal of Gambling Studies, 14(3), 227-244.

Hing N., Breen H.(2002): *A profile of gaming machine players in clubs in Sydney*, Australia.J.of Gambling Studies.18(2): 185-205. Hollander,E.,Buchalter,A.J.,DeCaria,C.M.(2000):*Pathological gambling*.Psychiatr.Clin.North.Am.,23,629-642.

Hollander E., Buchalter A.J., DeCaria C.M. (2000): *Pathological Gambling*. Psychiatr. Clin. North. Am., 23, 629-642.

Huang JH, Jacobs DF, Derevensky JL, Gupta R, Paskus TS.(2007). *Gambling and health risk behaviors among U.S. college student-athletes: findings from a national study.* Journal of Adolescent Health .40: 390-397

Huxley, J., & Carroll, D. (1992).*A survey of fruit machine gambling in adolescents.*Journal of Gambling Studies, 8(2), 167-179.

Ibanez A., Blanco C., Moreryra P., Saiz-Ruiz J.(2003*): Gender differences in pathological gambling.* J. Clin.Psychiatry. 64(3):295-301.

Ide-Smith, S. G, & Lea, S. E. (1988).*Gambling in young adolescents*. Journal of Gambling Behavior, 4(2), 110-118.

Jackson, A. C., Patton, G., Thomas, S. A., Wyn, J., Wright, J., Bond, L., Crisp, B. R., & Ho, W. (2000).*The impacts of gambling on adolescents and children.* Melbourne: Victorian Department of Human Services.

Jacobs, D. F. (1986).*A General Theory of Addiction: A new theoretical model*.Journal of Gambling Behavior, 2(1), 15-31.

Jacobs, D. F. (2000). *Juvenile gambling in North America. An analysis of long term trends and future prospects.* Journal of Gambling Studies, 16(2/3),119-152.

Jacobs, D. F. (1987). *A general theory of addictions: Application to treatment and rehabilitation planning for pathological gamblers. In T. Galski (Ed.),The handbook of pathological gambling, 169-194.* Springfield, IL, USA: Charles C Thomas, Publisher.

Griffiths,M.D. (1989).*Gambling in children and adolescents*.Journal of Gambling Behavior, 5(1), 66-83.

Griffiths,M.(2003):*Adolescent gambling:Risk factors and implications for prevention,intervention,and treatment.In D.Romer(Ed.),Reducing adolescent risk:toward an integrated approach, 223-238.* Thousand Oaks:Sage.

Gupta R.,Derevensky J.L.,Martin I.(2006):*Clean Break* ,produced by International Centre for Youth gambling Problems&High –Risk Behaviors,McGill University,Montreal ,Quebec,Canada).

Gupta, R. & Derevensky, J.(1998). *An empirical examination of Jacobs General Theory of Addiction: Do adolescent gamblers fit the theory?* Journal of Gambling Studies,14(1),17-49.

Gupta, R. & Derevensky, J. (1996).*The relationship between gambling and video-game playing behavior in children and adolescents.*Journal of Gambling Studies, 12(4), 375-394.

Gupta, R.,&Derevensky, J. (1997).*Familial and social influences on juvenile gambling behavior*. Journal of Gambling Studies, 13(3),179-192.

Gupta, R., & Derevensky, J. (1998).*Adolescent gambling behavior: A prevalence study and examination of the correlates associated with problem gambling*.Journal of Gambling Studies, 14(4), 319-345.

Gupta, R., & Derevensky, J.(2000). *Adolescents with gambling problems: From research to treatment*.Journal of Gambling Studies, 16(2-3), 315-342.

Hall GW, Carriero N.J., Takushi R.Y., Montoya I.D., Preston K.L., Gorelick D.A.(2000) *Pathological gambling among cocaine-dependent outpatients*.Am J Psychiatry.Jul .157(7):1127-1133.

Hardoon, K. K.,& Derevensky, J. (2001).*Social influences involved in children's gambling behavior.*Journal of Gambling Studies, 17(3), 191-215.

Hardoon K, Derevensky J.L., Gupta R.(2003): *Empirical measures vs. perceived gambling severity among youth: why adolescent problem gamblers fail to seek treatment.* Addictive Behaviors; 28: 933-946.

Hardoon K.K., Gupta R., Derevensky J.L. (2004): *Psychosocial variables associated with adolescent gambling.* Psychology of Addictive Behaviors; 18(2): 170-179.

II. ISTORICUL JOCURILOR DE NOROC

Relatări despre jocul de noroc au existat din cele mai vechi timpuri. Astfel, au fost descrise cazuri în China antică (anul 2003 î.d.Christos), în Egipt şi Roma antică. În piramida lui Keops există o tablă pe care sunt înscrise relatări despre jocul de noroc. La începutul secolului al XIV-lea, jocul de noroc era considerat ilegal, aşa după cum rezultă din cronicile vremii .

Regele Henric al VIII-lea al Angliei a scos în afara legii jocul de noroc, atunci când a constatat că soldații lui petreceau mai mult timp jucând, decât antrenându-se pentru luptă.

Ideea de black-jack sau de poker datează din China anilor 900 d.C. Acestea au evoluat inițial sub forma jocului de cărți, care a fost adus în Europa prin imperiul mamelucilor. Mamelucii, fiind adepți ai Islamului, nu aveau cărți de joc decorate cu figuri umane, ele fiind decorate cu desene similare celor de pe carpetele musulmane.

La introducerea cărților de joc în Italia şi Spania, cei care le confecționau, au început să le ilustreze cu însemne ale puterii regale. Simbolurile reginei au apărut după anul 1500, când francezii au înlocuit cărțile care reprezentau bărbatul, cu unele care reprezentau o regină. Acest pachet de cărți a fost cunoscut ca fiind “pachetul francez” şi a servit ca prototip pentru cele 52 de cărți folosite azi.

Istoria ruletei este deosebit de interesantă. Ruleta, care în limba franceză înseamnă “roată mică” a fost transformată în jocul cunoscut azi de către François şi Louis Blanc. Aceştia au inventat jocul “Single 0” în anul 1842, care a fost adus în America, unde a fost adoptat încă un “0”, apărând “Double 0” la ruletă. Astfel, a apărut “ruleta americană”, diferită de cea europeană. Originile ruletei în sine sunt mai ambigue. Unele surse arată că în secolul al XVII-lea, matematicianul Blaise Pascal a inventat “roata”, care şi-a făcut intrarea în Europa prin intermediul călugărilor dominicani. Când prințul Charles de Monaco, în secolul al XVIII-lea, a introdus ruleta ca un mijloc de a contracara problemele financiare ale războiului, popularitatea ruletei a crescut foarte mult (Online Gambling PhD Online Casinos 2003 -Phd &gambling phd.com).

Jocul de zaruri a apărut de aproximativ 2000 de ani şi a devenit tot mai popular o dată cu trecerea timpului. La început, jocul s-a numit “hazard” şi era practicat în secolele XVIII-XIX, numai de către elite în Anglia. După aceea, jocul s-a extins şi în Franța şi a fost denumit “craps”, o derivație a cuvânului “crabs”, care însemna

pereche de 2. Atunci când a fost adus în America, acest joc a fost simplificat şi a devenit de succes. La început, era jucat pe vapoare de către marinari, după care s-a extins pe străzi şi în casele oamenilor.

Cazinourile de azi au o istorie îndelungată. Când America a devenit stat independent în 1776, guvernul nou-format a utilizat jocul ca pe o modalitate de a obține sume mari de bani, prin autoritatea sa. Când fenomenul a scăpat de sub control, statul Nevada l-a declarat ilegal din 1850 în 1910. Totuşi, a fost readus în actualitate în 1931, când în Las Vegas, fenomenul a început să crească treptat până la amploarea de azi.

Aşa după cum afirmau Valleur şi Bucher (1997), istoria jocurilor de noroc pare a fi legată de cea a omului, începând din momentul creării grupurilor şi organizațiilor sociale .Primele instrumente ale jocurilor de noroc au fost: “cochiliile”,”cauris”în limba franceză- (cauris=cuvânt indian care semnifică cochilie din grupul porțelanurilor care au servit timp îndelungat ca monedă în India şi în Africa), astragalele şi zarurile. Cele mai vechi “cochilii” descoperite în Asia Orientală datează din epoca mezolitică (anii 10.000-15.000 Î.C). Primele astragale datează din secolele VI-VII Î.C.,fiind de asemenea descoperite şi în mormântul lui Tuthankamon. În Biblie şi în mitologia greacă, “oscioarele”(=joc de îndemânare constând în lansarea ”oscioarelor”şi prinderea lor pe dosul mâinii) şi zarurile au fost utilizate ca forme de judecată divină,ca un fel de răspuns al lui Dumnezeu la întrebările omului.

Noțiunea de întâmplare şi de aleatoriu în joc, a fost introdusă mai târziu, de Toma de Aquino, care a admis posibilitatea existenței unui hazard, independent de voința divină. Naşterea şi dezvoltarea jocurilor de noroc corespunde cu apariția monezilor în jurul secolului al VII-lea Î.C. Numele de “moneta” vine de la supranumele lui Junona, ale cărei avize îi erau solicitate prin jocul “cap sau pajură”(Valleur&Bucher,1997;2006).

Funcția ludică individuală de distracție, precum şi funcția socială a jocurilor de noroc s-au dezvoltat în paralel cu funcția lor economică. În fața unei astfel de dezvoltări, statul a fost tentat să controleze jocurile şi să le stăpânească evoluția. Romanii au conştientizat rapid că pasiunea pentru jocuri amenință ordinea publică şi că democratizarea acestora amenință ordinea socială. Împărații romani au emis primele reglementări, stabilind regulile jocului pentru a limita pasiunile, dar au găsit totodată şi un mijloc de a-şi finanța proiectele grandioase. Jocul era considerat ca fiind un fel de impozit valutar.

Griffiths, M., & Sparrow, P.(1996).*Funding fruit machine addiction: A hidden crime*. Probation Journal, 43(4), 211-213.

Griffiths, M., & Wood, R. T. A.(2000). *Risk factors in adolescence: The case of gambling, videogame playing, and the internet*.Journal of Gambling Studies, 16(2-3), 199-225.

Griffiths, M. D. (1989).*Gambling in children and adolescents*.Journal of Gambling Behavior, 5(1), 66-83.

Griffiths, M. D. (1990). *Addiction to fruit machines: A preliminary study among young males.* Journal of Gambling Studies, 6(2),113-126.

Griffiths, M. D. (1990). *Adolescent gambling: An observational pilot-study*.Perceptual and Motor Skills, 70(3), 1138.

Griffiths, M. D. (1991). *Amusement machine playing in childhood and adolescence: A comparative analysis of video games and fruit machines*. J. Adolesc., 14(1), 53-73.

Griffiths, M. D. (1993). *Factors in problem adolescent fruit machine gambling: Results of a small postal survey*.Journal of Gambling Studies, 9(1), 31-45.

Griffiths, M. D., & Hunt, N.(1998). *Dependence on computer games by adolescents*. Psychological Reports, 82(2), 475-480.

Griffiths, M. D., & Sutherland, I. (1998). *Adolescent gambling and drug use*. Journal of Community & Applied Social Psychology, 8(6), 423-427.

Griffiths, M. (1993a). *Fruit machine addiction in adolescence: A case study.* Journal of Gambling Studies,9(4), 387-399.

Griffiths, M. (1993b). *Tolerance in gambling: An objective measure using the psychophysiological analysis of male fruit machine gamblers.* Addictive Behaviors, 18(3), 365-372.

Griffiths, M., & Minton, C.(1997). *Arcade gambling:A research note.* Psychological Reports, 80(2), 413-414.

Griffiths, M. D. (1990a). *The acquisition, development, and maintenance of fruit machine gambling in adolescents.* Journal of Gambling Studies,6 (3), 193-204.

Griffiths, M. D. (1990b). *Addiction to fruit machines: A preliminary study among young males.* Journal of Gambling Studies,6(2), 113-126.

Griffiths, M. D. (1990c).*The cognitive psychology of gambling*.Journal of Gambling Studies, 6(1), 31-42.

Griffiths, M. (2000).*Brief communications: Scratch card gambling among adolescent males*.Journal of Gambling Studies, 16(1), 79-91.

Götestam K.G., Johansson A.(2003). *Characteristics of gambling and problematic gambling in the Norwegian context: A DSM-IV-based telephone interview study*. Addictive Behaviors . 28(1): 189-197.

Grant J.E., Kim S.W.(2003): *Comorbidity of impulse control disorders in pathological gamblers.* Acta Psychiatr Scand. 108: 203-207.

Grant J.E., Kim S.W., Kuskowski M.2004): *Retrospective review of treatment retention in pathological gambling.* Comprehensive psychiatry.45 (2): 83-87.

Grant J.E., Potenza M.N., Hollander E., Cunningham-Williams R., Nurminen T., Smits G., Kallio A.(2006): *Multicenter investigation of the opioid antagonist nalmefene in the treatment of pathological gambling.* Am.J. Psychiatry.163 (2): 303-312.

Griffiths, M.(1990). *The acquisition, development, and maintenance of fruit machine gambling in adolescents.* Journal of Gambling Studies, 6(3),193-204.

Griffiths, M.(1991).*The observational study of adolescent gambling in UK amusement arcades*. Journal of Community & Applied Social Psychology, 1(4), 309-320.

Griffiths, M. (1994).*An exploratory study of gambling cross addictions*.Journal of Gambling Studies, 10(4), 371-384.

Griffiths ,M.D.(2005) .*A 'components' model of addiction within a biopsychosocial framework* . Journal of Substance Use. 10,191-197.

Griffiths M.(2003): *Internet Gambling: Issues, Concerns, and Recommendations*. Cyber Psychology & Behavior.6 (6): 557-568.

Griffiths M.D.(1994): *The role of cognitive bias and skill in fruit machine gambling.* Br. J . Psychol.; 85: 351-369.

Griffiths, M.(1994). *Co-existent fruit machine addiction and solvent abuse in adolescence: A cause for concern?* Journal of Adolescence, 17(5), 491-498.

Griffiths, M. (1995). *Towards a risk factor model of fruit machine addiction: A brief note.Journal of Gambling Studies.* Special Issue: Slot Machine Gambling, 11(3), 343-346.

Griffiths, M.(1998). *Fruit machine addiction: An issue for educational psychologists?* Educational & Child Psychology, 15(4), 33-44.

Griffiths, M. (1999).*Some comments on 'health-related correlates of gambling on the British National Lottery' by Reid, et al*.Psychological Reports, 85(1), 143-144.

Griffiths, M. (2000).*Scratch card gambling among adolescent males*.Journal of Gambling Studies, 16(1), 79.

În Franța, legile bisericii au contribuit în mare măsură la evoluția jocurilor, influențând decisiv măsurile luate de către stat. Jocul era privit de către biserica catolică ca un viciu, la fel ca sexualitatea. Ea şi-a manifestat dezaprobarea față de jocurile de noroc, dar poziția sa a fost ambiguă: într-adevăr, Biblia nu interzicea jocul, spre deosebire de Talmud sau Coran, care îl considera ca fiind ”o parte abominabilă a operei lui Satan”.

Carol cel Mare şi succesorii lui până în secolul al XIV-lea, au fost tentați să controleze jocul prin reglementări bazate pe interdicții. Cu toate acestea, practicarea jocurilor nu a putut fi oprită, acestea extinzându-se atât în înalta societate, cât şi în popor (Valleur şi Bucher, 1997, Brasey, 1992). În 1539, Loteria a fost introdusă în Franța, fiind autorizată de către François I, contribuind la alimentarea trezoreriei. În întreaga Europă, loteriile au devenit un mijloc fiabil de finanțare a lucrărilor publice. Loteria de stat a fost considerată mult timp ca un instrument al despotismului până la Revoluția franceză, apoi a fost reintrodusă în timpul Directoratului. După Revoluția franceză, jocurile au luat o mare amploare, în ciuda interdicțiilor statului. A avut loc o instituționalizare a jocului ca sursă de venituri şi de impozit. Ruleta a apărut în secolul al XVIII-lea. Maşinile cu monezi au fost inventate în S.U.A. în secolul al XIX-lea şi au avut un succes rapid.

În Franța secolului al XIX-lea, codul civil (1817) şi cel Perrol (1810) au contribuit la apariția unei legislații diferențiate pentru jocuri. Codul Perrol interzicea casele de joc, dar un decret din 1806 a autorizat jocurile de noroc în ”locurile unde existau ape minerale, numai în timpul sezonului de cură, sau pentru oraşul Paris”.

Loteria regală, înființată în 1776, care a devenit sub Napoleon Loteria imperială, a fost interzisă prin legea din 21 mai 1836. Ea a fost reintrodusă după primul război mondial şi după criza economică din 1933. Istoria jocurilor de noroc a fost marcată de alternanța dintre etapele de regresiune şi fazele de toleranță din partea statului. Firul roşu a fost reprezentat de către pasiune, oscilând între atracție şi interes pentru posibilele beneficii şi interdicțiile impuse în anumite momente în fața abuzurilor sau fraudelor. În mod paradoxal, pe parcursul istoriei, au existat două instituții care au fost principalele beneficiare ale sistemului de joc, în ciuda faptului că acestea erau cele susceptibile să-l îngrădească, şi anume: Biserica şi Statul.
Dar, aceste fluctuații între legalizare şi penalizare nu au avut decât consecințe minore asupra comportamentului de joc şi dezvoltării jocurilor în general (Brasey, 1992).

În secolul al XX-lea, a avut loc o dezvoltare semnificativă a jocurilor de noroc o dată cu dezvoltarea casinourilor. În plus, au apărut jocuri mai puțin oneroase şi ”vicioase”, care au avut un caracter de masă.

Loteria Națională a apărut în Franța, în anul 1933. După 1989, s-au dezvoltat ”jocurile instant” în Franța, cum ar fi: ”millionaire”, ”banco”, ”morpion” şi altele. Distribuția şi accesibilitatea la acestea a crescut exponențial.

La ora actuală, jocul este tolerat sub controlul strict al statului. Pentru unii autori, luarea în evidență a jucătorilor de către medici este o formă de control social al conduitelor de joc abuziv, autorizată prin lege.

În secolul al XXI-lea, jocurile de noroc au cunoscut o foarte largă expansiune, adaptându-se rapid noilor tehnologii care au contribuit din plin la fenomenul de ”globalizare”, şi anume prin apariția jocurilor de pe internet şi a celor de pe telefoanele mobile. Datorită faptului că generația tânără este cea mai familiarizată cu tehnologiile IT şi totodată este cea mai vulnerabilă la reclamele care popularizează jocurile de noroc, este uşor de înțeles de ce copiii şi adolescenții reprezintă segmentul de populație aflat la cel mai mare risc pentru a dezvolta joc patologic de noroc.

Fisher, S. (1999). *A prevalence study of gambling and problem gambling in British adolescents.*Addiction Research, 7(6), 509-538.

Fisher, S., & Griffiths, M. (1995).*Current trends in slot machine gambling: Research and policy issues*.Journal of Gambling Studies. Special Issue: Slot Machine Gambling, 11(3), 239-247.

Fisher, S. (2000).*Developing the DSM-IV- criteria to identify adolescent problem gambling in non-clinical populations*.Journal of Gambling Studies, 16(2/3), 253-273.

Fong DK, Ozorio B.(2005).*Gambling participation and prevalence estimates of pathological gambling in a far-east gambling city: Macao*.UNLV Gaming Research & Review Journal. 9(2): 15-28.

Fortin,J. M., Ladouceur, R., Pelletier, A., & Ferland, F. (2001).*Games of chance and gambling in adolescents and in adolescents-at-risk.* Canadian Journal of Community Mental Health, 20(1), 135-151.

Frank, M. L.(1990).*Underage gambling in Atlantic City casinos*. Psychol. Rep., 67(3 Part 1), 907-912.

Frank, M. L., & Smith, C.(1989). *Illusion of control and gambling in children*.Journal of Gambling Behavior, 5(2),127-136.

Fröberg, F. (2006). *Gambling among young people. A knowledge review.*Swedish National Institute of Public Health, Edita Stockholm. Available at: www.fhi.se.

Gaboury A., Ladouceur R. (1989): *Erroneous perceptions and gambling*. J. Soc. Behav. Pers., 4:411-420.

Govoni, R., Rupcich, N., & Frisch, R. G. (1996). *Gambling behavior of adolescent gamblers*. Journal of Gambling Studies, 12(3), 305-317.

Gerdner, A., & Svensson, K.(2003).*Predictors of gambling problems among male adolescents*. International Journal of Social Welfare, 12(3), 182-192.

Gill T., Dal Grande E., Taylor A.W.(2006): *Factors associated with gamblers:A Population-based cross-sectionnal Study of South Australian Adults.* J. Gambl.study. ; 22(2):143-164.

Gonzalez N., Mora M., Gutierrez-Maldonado J., Ariza A, Lourido-Ferreira M.R. (2005): *Pathological Gambling and Age : differences in personality ,psychopathology and response to treatment variables.* Addict Behav.; 30:380-388.

Goodman A. (1990): *Addiction : definition and implications.* Br J Addict. 85 (11):1403-1408.

Ellenbogen S., Gupta R., Derevensky J.L. (2007b): *A cross-cultural study of gambling behaviour among adolescents.* Journal of Gambling Studies*; 23(1)*: 25-39.

Ellis,A.(1994):*Reason and emotion in psychotherapy*.Revised edition.Secaucus,N.J.:Lyle Stuart and Citadel Press.

EllisA. &Harper R.(1997):*A guide to rational living*. North Hollywood, CA:Wilshire Books.

Engwall D, Hunter R, Steinberg M.(2004):*Gambling and other risk behaviors on university campuses.* Journal of American College Health. 52(6): 245-255.

Evans R.I. (2003*). Some theoretical models and constructs generic to substance abuse prevention programs for adolescents: Possible relevance and limitation for problem gambling*. Journal of Gambling, 9 (3),287-302.

Felsher JR, Derevensky JL, Gupta R. (2003*): Parental influences and social modelling of youth lottery participation.* J. Com & Appl. Soc. Psych, 13(5):361–77.

Ferris,J., Wynne, H., & Single, E. (1999).*Measuring problem gambling in Canada: Final report -Phase 1.* Ottawa: Canadian Centre on Substance Abuse.

Fisher, S. (1991). *Governmental response to juvenile fruit machine gambling in the U.K.: Where do we go from here?*Journal of Gambling Studies, 7(3), 217-247.

Fisher, S. (1993).*Gambling and pathological gambling in adolescents*.Journal of Gambling Studies, 9(3), 277-288.

Fisher S. (1994): *Identifying video game addiction in children and adolescents.* Addictive Behaviours, 19(5): 545-553.

Fisher, S. (1999). *A prevalence study of gambling and problem gambling in British adolescents.* Addiction Research, 7(6), 509-538.

Fisher, S. E.(1992).*Measuring pathological gambling in children: The case of fruit machines in the U.K.* Journal of Gambling Studies, 8(3), 263-285.

Fisher, S. (1993a).*Gambling and pathological gambling in adolescents.*Journal of Gambling Studies, 9(3),277-288.

Fisher, S. (1993b). *The pull of the fruit machine: a sociological typology of young players*.The editorial board of the sociological review, 446-475.

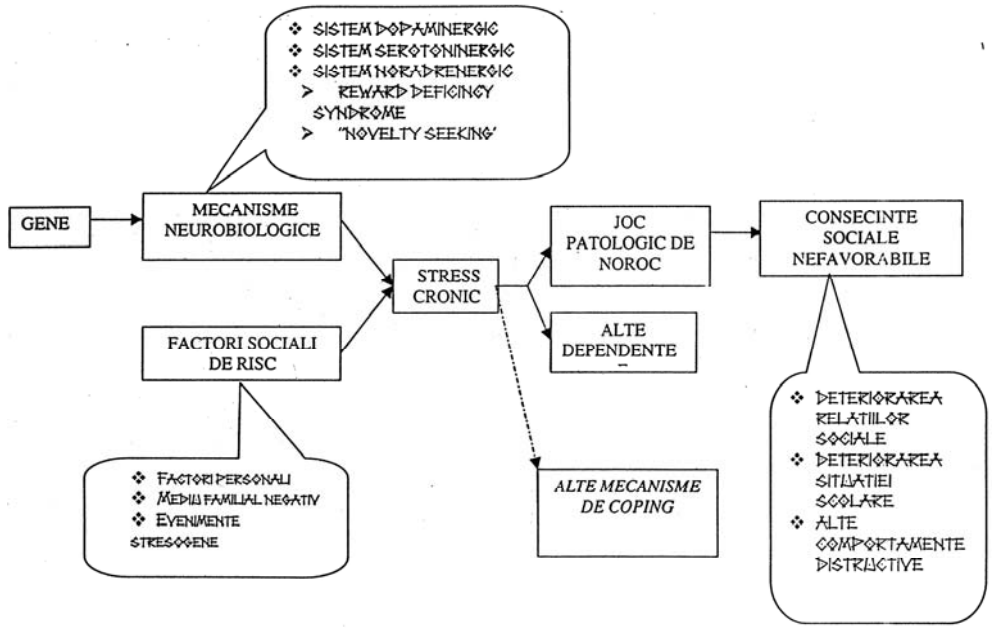
Fisher, S. (1998). *Gambling and problem gambling among young people in England and Wales*. Plymouth: University of Plymouth.

III. CONCEPTUALIZAREA JOCULUI PATOLOGIC DE NOROC

Jocul patologic de noroc este caracterizat printr-un discontrol impulsiv asociat cu compulsivitate, manifestat prin recurgerea la comportamentul de joc care duce la dezadaptare în viața personală, familială, şcolară şi/sau profesională. Debutul acestei afecțiuni este în adolescență. Dependența circumscrie modificări comportamentale, cum ar fi nevoia de creştere a mizei jocului de noroc pentru satisfacerea căutării de senzații, rezistență asociată cu iritabilitate şi anxietate, preocupare față de joc şi sustragerea față de probleme prin jocul de noroc (Petry,2001; Hollander, Buchalter & DeCaria, 2000).

Abordări recente dezbat conceptualizarea jocului patologic ca dependență nonfarmacologică (Comings şi colab., 1996; Lupu, 2007) sau ca tulburare obsesiv-compulsivă (Blanco şi colab.,2001).Primul model este susținut de comorbiditatea jocului patologic cu diverse dependențe farmacologice (Saiz-Ruiz şi colab., 2001), precum şi de modificări genetice şi de neuromediație centrală, ce s-ar corela cu jocul patologic şi cu alte tipuri de dependență în cadrul sindromului de deficiență a recompensei (Blum şi colab., 1996; Bergh şi colab., 1997) (fig.3).

Fig.3. Determinismul complex al jocului patologic de noroc.



Într-un studiu efectuat în anul 2001 la Spitalul General din Massachusetts pe jucători patologici de noroc, s-a constatat faptul că în 2 situații diferite de aşteptare a câştigului (înainte şi în timpul în care ruleta se învârtea), avea loc activarea nucleului accumbens (care face parte din a doua cale dopaminergică mezo-limbo-corticală cu rol în sistemele de recompensă şi în controlul comportamentelor). Această zonă se activează şi în timpul consumului de droguri, cum ar fi heroina sau cocaina (Chambon şi colab.,2007)(fig.4).

Fig.4.Experimentul de la Massachusetts. Se observă în zona marcată cu săgeata albă o activare a nucleului accumbens, în aşteptarea rezultatului de la ruletă.

Abordarea alternativă susține că jocul patologic se apropie de tulburările obsesiv-compulsive, jucătorii patologici obținând scoruri semnificativ mai mari la scalele de impulsivitate şi obsesionalitate (Blaszczynski, 1998;1999).

III.1.Bazele neurochimice ale jocului patologic de noroc

În urma cercetărilor de laborator, s-au observat anomalii într-o varietate de sisteme de neurotransmițători, cum ar fi sistemul serotoninergic, noradrenergic, dopaminergic, precum şi în cazul

Derevensky J.,Gupta R.(2004).*Gambling problems in youth:Theoretical and applied perspectives.*New York:Kluver Academic/Plenum Publishers.

Derevensky, J., Gupta, R., & Della Cioppa, G. (1996).*A developmental perspective of gambling behavior in children and adolescents.*Journal of Gambling Studies, 12(1), 49-66.

Derevensky J.L., Gupta R. (2000): *Prevalence estimates of adolescent gambling: a comparison of the SOGS-RA, DSM-IV-J, and the GA 20 questions*. Journal of Gambling Studies .16(2-3): 227-251.

Derevensky J.L., Gupta R., Winters K. (2003):*Prevalence rates of youth gambling problems:Are the current rates inflated?* Journal of Gambling Studies*,19*(4),405-425.

Derevensky, J.L. (2008*).Everyone's a winner!Youths perceptions of gambling advertisements.* Paper presented at the 7th European Conference on gambling Studies and Policy and Issues, 1-4 July, 2008, Hotel Perla, Nova Gorica,Slovenia.

Devlin A.S., Peppard D.M.Jr. (1996): *Casino use by college students*. Psychological reports, 78 (3 Pt 1): 899-906.

Di Clemente C.C.,Strong M. & Murray K. (2000). *On a roll: The process of initiation and cessation of problem gambling among adolescents.*Journal of Gambling Studies, 11 (2-3), 289-313.

Dickerson M.(2003).*Exploring the limits of "responsible gambling…Harm minimization or consumer protection.* Gambling Research (Journal of the National Association for Gambling Studies Australian) 15, 29-44.

Dickerson M., Baron E. (2000).*Contemporary issues and future directions for research into pathological gambling.*Addiction, 95(8), 1145-1159.

Dickson, L. M., Derevensky, J., & Gupta, R.(2002). *The prevention of gambling problems in youth: A conceptual framework*.Journal of Gambling Studies, 18(2), 97-159.

Dryden W.(1999): *Cum poate fi depăşit sentimentul de vinovăție*, Ed. Polimark,Bucureşti.

Eisen S.A., Slutske W.S., Lyons M. J., Lassman J., Xian H., Toomay R., Chantarujikopong S.& Tsuang M.T. (2001): *The genetics of pathologic gambling.*Seminars in Clinical Neuropsychiatry. 6(3), 195-204.

Ellenbogen S., Derevensky J., Gupta R. (2007a): *Gender differences among adolescents with gambling-related problems*. Journal of Gambling Studies; 23(2): 133-143.

*disorders - results from the St. Louis epidemiologic catchment area Study.*American Journal of Public Health. 88(7): 1093-1096.

Cunningham-Williams R.M., Grucza R.A., Cottler L.B., Womack S.B., Books S.J., Przybeck T.R., et al.(2005). *Prevalence and predictors of pathological gambling: results from the St. Louis personality, health and lifestyle (SLPHL) study*.Journal of Psychiatric Research. 39: 377-390.

Custer R.L. (1984): *Profile of the pathological gambler*. J Clin Psychiatry. 42(12):139-147.

D'Zurilla T.J., (1986):*Problem solving Therapy:A social Competence Approach to Clinical Interventions*.Springer,N.Y.

Darbyshire, P, Oster, C. & Carrig, H.(2001), *'Children of parent(s) who have a gambling problem: a review of the literature and commentary on research approaches'*, Health and Social Care in the Community 9, no. 4, 185-193.

De Caria C.M., Hollander E., Grossman R., Wong C., Mosovich S.A., Cherkasky S. (1996): *Diagnosis, neurobiology ant treatment of pathological gambling*. Journal of Clinical Psychiatry, 57 Suppl./8: 80-83.

De Caria C., Begaz T., Hollander E. (1998): *Serotonergic and noradrenergic function in pathological gambling*. CNS Spectrums; 3:38–47.

Delfabbro PH, Lahn J, Grabosky P. (2006): *Psychosocial correlates of problem gambling in Australian students*. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry; 40: 587-595.

Delfabbro P.H., Winefield A.H. (2000*): Predictors of irrational thinking in slot-machine gambling.*J. Psychol.134: 17-28.

Delfabbro P.(2004): *The stubborn logic of regular gamblers : obstacles and dilemmas in cognitive gambling research.* J. Gambl Stud. ; 20 (1): 1-21.

Delfabbro P, Thrupp L. (2003): *The social determinants of youth gambling in South Australian adolescents*.J. Adolesc. , 26(3):313–30.

Derevensky, J., & Gupta, R.(2000). *Youth gambling: A clinical and research perspective*. Electronic Journal of Gambling Issues: eGambling (EJGI), 2.

Derevensky, J., & Gupta, R.(2004). *Adolescents with gambling problems: A synopsis of our current knowledge.* Electronic Journal of Gambling Issues: eGambling (EJGI), 10.

opioizilor. Rolurile sistemelor de neuromediatori implicate în fiziopatologia jocului patologic de noroc, ar putea fi sintetizate astfel:
-Norepinefrina: intervine în reacția de trezire şi în stările de excitație;
-Serotonina: mediază inițierea şi încetarea comportamentului;
-Dopamina: intervine în sistemul de recompense şi întăriri;
-Opioizii : mediază plăcerea şi impulsivitatea.

În special la sexul masculin s-au evidențiat niveluri scăzute ale monoaminoxidazei (MAO) plachetare , implicată în degradarea catabolică a neurotransmițătorilor monoaminei, care reglează nivelurile de neurotransmițători (Zuckerman & Kuhlman, 2000). Nivelurile de MAO sunt în general mai scăzute la adolescenți decât la adulți, lucru care poate fi relaționat şi cu prevalența crescută a jocurilor de noroc la adolescenți. De asemenea, MAO plachetară este mai crescută la sexul feminin decât la cel masculin la toate vârstele, lucru care evidențiază şi prevalența mai scăzută a jocurilor de noroc la femei, comparativ cu bărbații şi debutul mai precoce, de regulă, în adolescență la bărbați şi mai tardiv la femei.

Bergh şi colab., (1997), au dozat nivelul monaminelor şi al metaboliților lor în LCR (obținut prin puncție lombară la nivelul L_4-L_5) la 10 jucători patologici comparativ cu 7 martori. A fost depistată o scădere a dopaminei şi o creştere a acidului 3,4-dihidroxifenil acetic şi a acidului homovanilic. Noradrenalina şi metabolitul 3-metoxi-4 hidroxifenil glicol au fost de asemenea crescuți, dar 5-idroxitriptamina şi acidul 5-hidroxiindol acetic au fost neschimbați.

În concluzie, se pare că funcțiile sistemului dopaminergic care mediază şi sistemul de recompensă (pozitiv şi negativ) şi sistemul noradrenergic, sunt perturbate la jucătorii patologici de noroc.

În alte studii neurobiologice preliminare este incriminată disfuncția serotoninergică în jocul patologic de noroc (De Caria , 1998). Jucătorii de noroc prezintă răspunsuri particulare ale sistemului imun şi modificări ale nivelului cortizolului . Studiul mai sus menționat, efectuat pe jucătorii de Pachinko, a decelat modificări ale limfocitelor T (număr scăzut de celulele T şi diminuarea activității CD3-56) şi ale celulelor natural killer (număr crescut al acestora, fără modificări ale activității acestora).

Într-o cecetare separată, efectuată pe bărbați şi femei aborigeni, Kimberley a decelat niveluri de cortizol semnificativ crescute în zilele în care era practicat jocul, comparativ cu alte zile (Schmitt ,1998). S-au consemnat de asemenea niveluri mai crescute ale epinefrinei în zilele de joc, ceea ce confirmă încă o dată

implicarea sistemului noradrenergic în neurobiologia jocului patologic de noroc.

Având în vedere rolul opioizilor endogeni în medierea nivelurilor de plăcere şi a receptorilor opioizi în modularea căilor dopaminergice ale sistemului de recompensă şi întăririi prin dezinhibiția GABA în aria tegmentală ventrală, a fost explorată şi funcția endorfinelor în comportamentul de joc (Phillips şi colab.1980; von Wolfswinkel, 1985).

În studiul relatat mai sus, la jucătorii de Pachinko, s-au evidențiat niveluri crescute ale endorfinelor sanguine în timpul jocului, cu un vârf la începutul "febrei" jocului. Aceste estimări, coroborate cu rezultatele studiilor preliminare ale tratamentului cu naltrexonă la jucătorii patologici de noroc sugerează o implicare a opioizilor endogeni în fiziopatologia jocului patologic de noroc .

A fost studiată şi posibilitatea existenței unei disfuncții şi la nivelul altor sisteme de neuromediatori la jucătorii patologici de noroc, dar rezultatele de până acum nu au decelat diferențe semnificative statistic între jucători şi nejucători, în ceea ce priveşte nivelul rahidian de neuropeptide Y , galanină, GABA , neurotensină , somatostatină sau hormon de creştere . Totuşi, într-un studiu au fost decelate niveluri rahidiene scăzute ale taurinei la jucătorii patologici de noroc (Roy şi colab.1988; 1989) .

III.2.Particularitățile psiho-sociale ale jocului patologic de noroc

Particularitățile psiho-sociale şi biologice ale achiziției, dezvoltării şi persistenței comportamentului de joc impun însă o analiză biologică, psihologică şi socio-demografică (Griffiths , 2003). Este cât se poate de legitimă, în acest caz abordarea în termeni de factori de risc, ce investighează antecedentele jocului patologic şi este deci,complementară clasificărilor internaționale ce descriu comportamentele şi consecințele jocului patologic.O astfel de abordare ar putea rezulta şi în implementarea unui program educațional (Hollander şi colab.,2000).

Jocul patologic este definit în DSM-IV(APA,1994) şi în DSM-IV-TR (APA, 2000), ca o "practicare inadaptată, persistentă şi repetată a jocului, satisfăcând cel puțin 5 manifestări din cele 10 propuse ca şi criterii de includere, cu condiția ca acestea să nu apară în cadrul unui episod maniacal."

Chevalier S, Griffiths M.(2004): *Why don't adolescents turn up for gambling treatment? eGambling:* The Electronic Journal of Gambling Issues.

Clarke,D.,& Rossen, F. (2000). *Adolescent gambling and problem gambling: A New Zealand study.* New Zealand Journal of Psychology, 29(1), 10-16.

Comings,D.E.,Rosenthal,R.J.,Leiseur,H.R.,Rugle,L.,Muhleman,D.,Chiu,C., Dietz,F.Gane,R. (1996): *The molecular genetics of pathological gambling: The DRD2 gene.*Pharmacogenetics,34, 175-180.

Corcos M., Flament M., Jeammet P.(2003) : *Les conduites de dépendance. Dimensions psychologiques communes*, Paris, Masson.

Coroamă, B. (2006). *Pariurile, modă şi la noi* . ProSport, 26 Noiembrie, 22-23.

Cote, M. A., Vitaro, F., & Ladouceur, R. (2003).*Attitudes, knowledge and behavior of Quebec parents in regard to games of change and gambling youth.* Canadian Psychology, 44(2), 152-161.

Coventry K., Norman.(1998): *Arousal, erroneous verbalizations and the illusion of control during a computer-generated gambling task*. Br. J. Psychol.89: 629-645.

Cox B.J., Enns M.W., Michaud V. (2004): *Comparisons between the South Oaks Gambling Screen and a DSM-IV-Based interview in a community survey of problem gambling*. Canadian Journal of Psychiatry, 49(4): 258-264

Cox B.J.,Kwong J., Michaud V., Enns M.W.(2000).*Problem and probable pathological gambling: considerations from a community survey.* Canadian Journal of Psychiatry, 45: 548-553.

Cox B.J.,Yu N., Afifi T.O., Ladouceur R.(2005).*A national survey of gambling problems in Canada. Canadian Journal of Psychiatry*, 50(4): 213-217.

Crişan R., (2006).*Adio Bingo*.Evenimentul zilei,9 Septembrie,14.

Crites, T. W. (2003). *What are my chances? Using probability and number sense to educate teens about the mathematical risks of gambling. In H. J. Shaffer, M. N. Hall, J. Vander Bilt, & E. M. George (Eds.), Futures at stake: Youth, gambling, and society ,63-83.* Reno, NV, US: University of Nevada Press.

Cunningham-Williams R.M.& Cottler L. M.(2001).*The epidemiology of pathological gambling*. Seminars in Clinical Neuropsychiatry, 61(3), 155-166.

Cunningham-Williams R.M., Cottler L.B.,Compton III W.M., Spitznagel E.L. (1998): *Taking chances: problem gamblers and mental health*

Breen RB, Zuckerman M. (1999): *'Chasing' in gambling behavior: personality and cognitive determinants.* Pers. Individ. Dif.; 27; 1097-1111.

Breen R.B., Kruedelbach N.G., Walker H.I. (2001): *Cognitive changes in pathological gamblers following a 28-day inpatient program.* Psychol.Addict Behav. 15 (3): 246-8.

Brown, R. I.(1988).*Models of gambling and gambling addictions as perceptual filters.* Journal of Gambling Behavior, 3 (4), 224-236.

Browne, B. A., & Brown, D. J. (1994).*Predictors of lottery gambling among American college students.* Journal of Social Psychology, 134(3), 339-347.

Buchta R.M.(1995): *Gambling among adolescents* Clinical Pediatrics, 34(7): 346-348.

Bucur, A. (2000). *Românul s-a născut bingoman* . Libertatea, 23 Martie, 9.

Bufnilă, A. (2006). *Mondialul de fotbal prin prisma pariorilor români.* ProSport, 5 Julie, 12-13.

Burge AN, Pietrzak RH, Petry NM.(2006): *Pre/Early adolescent onset of gambling and psychosocial problems in treatment-seeking pathological gamblers*. J Gambl Stud. Fall ;22(3):263-274.

Canadian Foundation on Compulsive Gambling (Ontario)(1994). *An exploration of the prevalence and pathological gambling behavior among adolescents in Ontario*. Ontario: Author.

Carlson, J., & Moore, T., L.(1998). *Adolescent gambling in Oregon: A report to the Oregon Gambling Addiction Treatment Foundation.* Salem: Oregon Gambling Addiction Treatment Foundation.

Carroll, D., & Huxley, J. A. A. (1994). *Cognitive, dispositional, and psychophysiological correlates of dependent slot machine gambling in young people*. Journal of Applied Social Psychology, 24(12), 1070-1083.

Cavedini P., Riboldi G., Keller R., D'Annuncci A.&Bellodi L. (2002).*Frontal lobe dysfunction in pathological gambling patients.* Biological Psychiatry, 51(4), 334-341.

Chambers ,R.A.& Potenza M.N. (2003).*Neurodevelopment, impulsivity and adolescent gambling.* Journal of Gambling Studies, 19(1), 53-84.

Chambon Ph., Perrier J.J.,Tourbe, C., Haentjens E., Revoy N.(2007): *Dependance.Pourquoi nous ne sommes pas tous egaux* .Science et Vie,1076,67-89.

La jucătorii patologici, jocul devine progresiv, centrul vieții lor, în detrimentul tuturor celorlalte investiții afective, sociale, expunând subiectul unor grave consecințe sociale, profesionale şi personale. Este important de subliniat că aceste consecințe ale jocului întăresc comportamentul de joc şi cunoaşterea acestora nu-l împiedică pe jucător să-şi continue activitatea, în speranța irațională a unui câştig important, sfidând toate legile hazardului. Jocul patologic a fost introdus în anul 1980 în versiunea a III-a a DSM (APA 1980), la rubrica: "tulburări ale controlului şi impulsurilor neclasificate în altă parte".

De atunci, această entitate a fost considerată de comunitatea ştiințifică ca fiind o tulburare mentală propriu-zisă. Pentru mulți autori, jocul patologic reprezintă un model de adicție comportamentală, fără substanță psihoactivă, iar cele 10 criterii ale DSM-IV-TR de includere, dovedesc apartenența clară la domeniul adicțiilor. Neplăcerile cauzate de joc sunt un criteriu major pentru abuz şi dependență , asociate cu stări depresive severe şi conduite suicidare şi cu consum de substanțe, în principal alcool, dar şi cu consecințe financiare majore (datorii în creştere, vânzarea bunurilor din casă, interdicții bancare). Aceste neplăceri contribuie la degradarea progresivă a climatului conjugal şi familial din jurul jucătorului, fiind la originea unor rupturi şi divorțuri. În unele cazuri, apar conduite delictuale, cu implicații medico-legale.

Comorbiditățile psihiatrice şi adictive sunt foarte frecvente, cuprinzând în principal tulburările dispoziției (Lesieur & Rosenthal, 1991; Petry şi colab., 2005), tulburările anxioase şi diferitele conduite adictive (unele pur comportamentale-cumpărături compulsive, sexualitate compulsivă sau consumul de substanțe psiho-active: alcool şi opiacee) (Blumes, 1997; Lejoyeux şi colab. 1998).

Problema comorbidităților psihiatrice şi adictive şi a legăturilor acestora cu jocul patologic permite (ca de altfel şi în cazul altor conduite adictive), corelarea agravării acestora de către practicarea jocului. De asemenea, aceste conduite pot precede jocul, pot coexista cu acesta, fără a exista o legătură de cauzalitate între acestea.

Numeroşi autori au studiat personalitatea jucătorilor patologici. Din punct de vedere categorial, personalitatea antisocială este frecvent asociată cu jocul patologic (Pietrzak & Petry, 2005), la fel ca şi cea obsesiv-compulsivă (Blumes, 1997). Din punct de vedere dimensional, "psihopatia", "impulsivitatea" şi "căutarea de senzații" sunt cel mai frecvent asociate cu jocul patologic (Steel &

Blaszczynski, 1998; Grant & Kim, 2003). Căutarea de senzații pare a fi destul de specifică jocului patologic în cadrul diferitelor conduite adictive (Zuckerman, 1999, Corcos şi colab., 2003).

Se pune problema definirii unei tipologii a jucătorilor patologici, trecând peste elementele cele mai comune, susceptibile de a caracteriza subgrupe, atât din punct de vedere clinic, cât şi din punctul de vedere al determinanților neurobiologici, genetici, permițând astfel o terapie țintită mult mai eficace.

În ultimii ani, s-au investigat diferitele tipuri de joc patologic, în special la nivelul distorsiunilor cognitive, dar şi în termeni de comorbiditate şi de elemente de personalitate.

Mulți autori au insistat în legătură cu alegerea jocului practicat, pe factorul legat de întârzierea câştigului aşteptat, emițând ipoteza conform căreia, jocurile în care întârzierea este scurtă, cum ar fi în cazul jocurilor electronice (dar şi al loteriilor instant) sunt mai riscante decât cele cum ar fi pariurile sportive sau loteria clasică şi creează condițiile de a continua jocul pentru ”a se reface”, un factor esențial în angrenajul adictiv (Breen & Zuckerman, 1999).

Importanța şi specificitatea tulburărilor cognitive este un domeniu foarte actual de investigare. Ladouceur şi Gaboury (1988) au fost primii care au studiat gândurile disfuncționale ale jucătorilor prin metoda “verbalizării”, în care jucătorul îşi exprima cu voce tare toate gândurile care îi treceau prin minte în cursul jocului.

Bazându-se pe clasificarea gândurilor iraționale propusă de către Ladouceur şi colab. (1988), mai mulți autori, ca Walker (1992), Griffiths (1994), Coventry şi Norman (1998), Delfabbro şi Winefield (2000), au găsit mai mult de 70% gânduri iraționale.

Printre acestea, se notează unele superstiții sau unele ritualuri care erau considerate de jucători că ar putea creşte şansele de câştig, cum ar fi frecarea maşinii sau suflarea pe manetă (des), atribuirea greşită a unei relații de “cauză-efect” între două evenimente care survin din întâmplare (Walker, 1992; Ladouceur şi Walker, 1996, Toneatto şi colab., 1997; Joukhadar şi colab., 2004), iluzia controlului (supraestimarea gradului de contingență între acțiuni şi rezultate), (Langer, 1975, Langer şi Roth 1975; Ladouceur şi colab. 1988, Delfabbro, 2004), minimalizarea hazardului, certitudinea câştigului de bani fără a se ține seama de pierderi, certitudinea că prin continuarea jocului s-ar creşte şansele de câştig, etc.

Bentall, R. P., Fisher, D., Kelly, V., Bromley, E., & Hawksworth, K. (1989). *The use of arcade gambling machines: Demographic characteristics of users and patterns of use.* British Journal of Addiction, 84(5), 555-562.

Bergh C, Eklund T, Sodersten P, et al. (1997): *Altered dopamine function in pathological gambling.* Psychol. Med.;27:473–475.

Bergler E. (1985). *The psychology of gambling*.USA: International Universities Press.

Bergler, E. (1957).*ThePsychology of Gambling.* New York, NY: Hill and Wang.

Blackburn I., Cottraux J., (1988): *Therapie cognitive de la depression*. Masson, Paris.

Blanco C. Moreyra P., Nunes E.V., Saiz-Ruiz J.&Ibanez A.(2001). *Pathological gambling, Addiction or compulsion?* Seminars in Clinical Neuropsychiatry, 6(3), 167-176.

Blaszczynski A., Huynh S., Dumlao V.J., Farrell E.(1998): *Problem gambling within a Chinese speaking community*.Journal of Gambling Studies. 14(4): 359-380.

Blaszczynski A.&Nower L. (2002).*A pathway model of problem and pathological gambling.* Addiction, 97(5), 487-499.

Blaszczynski A., Steel Z., McConaghy N. (1997): *Impulsivity in pathological gambling the antisocial impulsivist.* Addiction, 92(1): 75-87.

Blaszczynski A.,(1999):*Pathological gambling and obsessive-compulsive spectrum disorders*. Psychol.Rep. , 84, 107-113.

Blaszczynski A., Steel Z.(1998). *Personality Disorders Among Pathological Gamblers*.J .Gambl. Stud.Spring ; 14(1):51-71.

Blum,K.,Sheridan,P.J.Wood,R.G.,Braverman,E.R.,Chen,T.J.H.,Cull,J.G.,Comings,D.E. (1996):*The D2 dopamine receptor gene as apredictor of reward deficiency syndrome:Bayes theorem*.J.of the Royal Soc. Of Med.,263,2055-2060.

Blumes S.B. (1997). *Pathological gambling.In: Miller S .Ned. The principles and practice of addictions in psychiatry*, Philadelphia: WB Saunders: 422-432.

Bondolfi G, Osiek C, Ferrero F.(2000). *Prevalence estimates of pathological gambling in Zwitzerland.* Acta Psychiatrica Scandinavica ; 101: 473-475.

Boyer M. & Dickerson M.(2003). *Attentional bins and addictive behavior. Automacity in gambling-specific modified strooptask.* Adddiction, 98(1), 61-70.

Brasey E. (1992): *La République des Jeux*. Paris Robert Laffont S.A.

Allcock, C.C. &Grace,D.M. (1998). *Pathological gamblers are neither impulsive nor sensation-seekers.* Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 22(3), 307-311.

Arbinaga, F. (2000). *Descriptive study of pathological gambling in underage students: Sociodemographic characteristics, use of drugs, and depression*. Adicciones, 12(4), 493-505.

Arcuri, A. F., Lester, D., & Smith, F. O. (1985).*Shaping adolescent gambling behavior*. Adolescence, 20(80), 935-938.

Arseneault L., Ladouceur R. & Vitor F.(2001).*Gambling and psychotropic substance consumption. Prevalence,coexistence and consequences.* Canadian Psychology, 42(3), 173-184.

Ashworth,J., & Doyle, N. (2000). *Under 16s and the national lottery*: The National Lottery Commission.

Bandura, A. (1977). *Social learning theory*.Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.

Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Bărbuneanu, R. & Davidescu, L. (2006): *Explozie de Cazinouri-Industria jocurilor de noroc este din nou pe val .* Evenimentul zilei, 26 Mai, 10.

Barnes,G. M., Welte, J. W., Hoffman, J. H., & Dintcheff, B. A. (2002). *Effects of alcohol misuse on gambling Patterns in Youth.* Journal of Studies on Alcohol, 63(6), 767-775.

Barnes,G. M., Welte, J. W., Hoffman, J. H., & Dintcheff, B. A. (1999). *Gambling and alcohol use among youth: Influences of demographic, socialization, and individual factors.* Addictive Behaviors, 24(6), 749-767.

Bâtcă A. (2008).*Ruleta,adrenalină pe bani*.Evenimentul zilei,7 Ianuarie ,13.

Becona, E., & Gestal,C.(1996).*The pathological gambling in Spanish children.* Psicothema, 8(1), 13-23.

Becona, E. (1997).*Pathological gambling in Spanish children and adolescents: An emerging problem.* Psychological Reports, 81(1), 275-287.

Becona, I.,del Carmen Miguez Varela ,M.,Vazquez Gonzalez,V.(2001): *El juego problema en los estudiantes de Ensenanza Secundaria*.Psicothema,13,551-556.

Bellringer, P. (1992).*Gambling: Two sides of the coin.* Youth Clubs, 67, 22-24.

Benhsain, K., Taillefer, A., Ladouceur, R. (2004): *Awerness of Independence of Events and Erroneous Perceptions while Gambling*, Addictive Behaviors, 29 , 399-404.

Se avansează ipoteza că un jucător mai puțin invadat de credințe iraționale se va orienta mai degrabă spre un joc ca PMU (”Pari Mutual Urbain”), considerând că legea hazardului intervine mai puțin în acest joc decât în altele. În plus, va acumula unele cunoştințe despre cai, jockey, antrenori, istoricul curselor, gestionând pariurile în funcție de aceste date.

Un jucător, având un nivel prealabil de credințe iraționale mai elevat, se va gândi că poate controla hazardul şi va avea tendința de a alege jocuri cu predilecție dintre cele aleatorii, cum ar fi aparatele de joc cu monede. Va dezvolta apoi strategii sau raționamente aberante, cu scopul de a-şi justifica continuarea jocului, în ciuda pierderilor. Aceste distorsiuni cognitive sunt foarte important de studiat, având în vedere faptul că par a se transmite din generație în generație, antrenând practicarea jocului patologic în cadrul aceleiaşi familii (Oei şi Raylu, 2004).

Au fost elaborate mai multe instrumente pentru evaluarea distorsiunilor cognitive ale jucătorilor. GABS este unul din primele instrumente propuse de către Robert Breen şi Marvin Zuckerman în 1999, pentru evaluarea distorsiunilor cognitive ale jucătorilor. Acest auto-chestionar explorează în 35 de itemi biasarea cognitivă, credințele iraționale şi valoarea pozitivă atribuită jocului de către jucători. Se pare că este un instrument valid pentru cercetarea în psihiatrie (Strong şi colab., 2004).

GRCS este un alt instrument de evaluare a distorsiunilor cognitive mai recent, propus de către Raylu şi Oei, în 2004. Acest autochestionar explorează în 23 de itemi credințele iraționale asociate jocurilor de noroc, propunând o repartiție a distorsiunilor cognitive în 5 factori: biasarea interpretării, iluzia controlului, controlul predictiv, speranțele legate de joc şi incapacitatea de a opri jocul. Există 5 tipuri de distorsiuni cognitive principale asociate cu jocul. Una dintre limitele marii majorități a studiilor publicate, este dată de eşantioanele jucătorilor patologici (şi uneori, la risc).

Dezvoltarea jocurilor de noroc pe internet este un fenomen în plină expansiune, care poate avea un potențial de risc adictiv semnificativ.

Practicarea jocurilor video, în special a celor online, este susceptibilă de a produce abuz sau dependență. Această categorie trebuie diferențiată de clasicul joc patologic, care cuprinde doar jocul de hazard şi pe bani. Diferă prin faptul că lipsesc recompensele financiare, supraîndatorarea şi deci, consecințele negative. De asemenea, aceste jocuri diferă şi prin faptul că sunt în general

practicate de adolescenți şi tineri, care sunt în continuare dependenți de contextul familial. Majoritatea specialiştilor admit că a sosit momentul să fie luată în serios “ciberdependența”.

III.3.Cercetări relevante cu privire la conceptualizarea jocului patologic de noroc

Allcock şi colab. (1998) au evaluat câte 10 jucători patologici de noroc, 10 alcoolici, 10 dependenți de heroină, comparativ cu 25 de subiecți normali, utilizând următoarele scale: “Sensation Seeking Scale”(SSS) a lui Zuckerman şi “Barrat’s Impusivity Scale” (BIS). La aceste scale, rezultatele jucătorilor nu difereau semnificativ de cele ale non-jucătorilor. Scorurile dependenților de droguri erau semnificativ mai crescute, iar ale alcoolicilor semnificativ mai scăzute decât ale jucătorilor patologici şi ale non-jucătorilor pe scala SSS, în timp ce scorul dependenților de droguri era semnificativ mai crescut decât la celelalte grupuri, pe scala BIS. Dificultățile în definirea impulsivității sunt discutabile, astfel că autorii citați susțin că ar trebui reconsiderată încadrarea jucătorilor patologici în categoria tulburărilor impulsurilor.

Arseneault şi colab. (2001) au studiat relația dintre jocul patologic la adulții şi adolescenții dependenți de alcool sau droguri.La adulți, prevalența dependenței de droguri sau alcool este de 5 ori mai mare pentru jucătorii patologici decât la populația generală. Adulții cu ambele tulburări dezvoltă nivele mai înalte de impulsivitate şi dezinhibiție decât indivizii cu un singur diagnostic. Studiile dependenței de joc şi alcool/droguri efectuate pe adolescenți au arătat rezultate similare cu cele obținute la adulți.

Jocul patologic este înalt corelat cu consumul de droguri, alcool şi tutun. Impulsivitatea are valori mai ridicate la adolescenții care prezintă toate aceste diagnostice. Astfel, se sugerează pentru programele de tratament şi prevenție luarea în considerare a posibilității coexistenței acestor factori.

Există discuții în ceea ce priveşte încadrarea nozologică a jocului patologic de noroc. Blanco şi colab. (2001) au studiat mai multe categorii de jucători patologici pentru a crea un model particular. Există 2 modele distincte ale jucătorului patologic: unul ca dependent non-farmacologic şi altul ca o tulburare obsesiv-compulsivă.

XII.BIBLIOGRAFIE , ADRESE DE INTERNET.

*ICD-10 (1998): *Clasificarea tulburărilor mentale şi de comportament. Simptomatologie şi diagnostic clinic.OMS*.Editura All Educațional ,Bucureşti.

** *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3rd edn (DSM-III*)(1980). American Psychiatric Association. Washington, DC: APA..

****Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Revised (DSM-III-R)* (1987) American Psychiatric Association, Washington, DC, 340-341.

*****Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders,Fourth Edition (DSM-IV)*.(1994) American Psychiatric Association, Washington, DC.

******American Psychiatric Association:*Manual de diagnostic şi statistică a tulburărilor mentale,DSM-IV-TR, 2000,ediția a patra revizuită* (2003):Ed.Asociației Psihiatrilor liberi din România,Bucureşti.

Abbott,M., & Volberg, R. (1996).*The New Zealand National Survey of problem and pathological gambling*.Journal of Gambling Studies, 12(2), 143-160.

Abbott,M., & Volberg, R. (2000). *Taking the pulse on gambling and problem gambling in New Zealand: A report on phase one of the 1999 national prevalence survey.* Wellington: The Department of Internal Affairs.

Abbott,M., Palmisano, B., & Dickerson, M. (1995). *Video game playing, dependency and delinquency: A question of methodology?*Journal of Gambling Studies. Special Issue: Slot Machine Gambling, 11(3), 287-301.

Abbott MW, Volberg RA, Rönnberg S. (2004): *Comparing the New Zealand and Swedish national surveys of gambling and problem gambling.* Journal of Gambling Studies, 20(3): 237-258.

Adebayo, B. (1998). *Gambling behavior of students in grades seven and eight in Alberta, Canada*. Journal of School Health, 68(1), 7-11.

Adlaf, E. M., & Ialomiteanu, A. (2000).*Prevalence of problem gambling in adolescents: Findings from the 1999 Ontario Student Drug Use Survey.* Canadian Journal of Psychiatry, 45(8), 752-755.

Datele acestor autori indică faptul că jucătorii aveau un profil mai apropiat de cel al consumatorilor de substanțe decât de al celor cu tulburări obsesiv-compulsive, deşi cele două nu se exclud în totalitate.

Un model alternativ al jucătorului patologic îl constituie modelul heterogen al tulburării, cu câteva subtipuri care-i includ atât pe cei care se aseamănă mai mult cu tulburarea obsesiv-compulsivă, cât şi pe cei care se aseamănă cu profilul celor care consumă substanțe. Înțelegerea acestor concepții este utilă în conduita terapeutică.

După cum rezultă şi din cele de mai sus, la ora actuală, nu există un model unanim acceptat al jucătorului patologic de noroc. De asemenea, nu există o definiție precisă nici a jocului şi nici a jucătorului patologic, existând tendința de a considera că jucătorii patologici reprezintă un segment de populație omogenă cu probleme psihologice similare. Blaszczynski şi colab.(2002) propun împărțirea jucătorilor patologici în 3 grupe comportamentale:

a) jucători patologici cu probleme de comportament;
b) jucători patologici cu probleme emoționale, vulnerabili;
c) jucătorii antisociali şi cu probleme de impulsivitate.

Studiile lui Blaszczynski şi colab. (1997;1998) au arătat că impulsivitatea poate să fie o trăsătură importantă a unei categorii de jucători patologici de noroc care se încadrează în categoria: “tulburări de personalitate de tip multiimpulsiv”. A fost utilizată scala Eysenck de impulsivitate la 115 jucători patologici şi rezultatele au arătat o asemănare între impulsivitatea crescută şi modificările comportamentale ale jucătorilor patologici.

Severitatea tulburării este dată de asemănărea tulburării de conduită cu o constituție psihopatologică impulsivă.

Boyer & Dickerson (2003) au examinat în cadrul unui studiu rezultatele la testul “stroop” la un lot de 60 de jucători de poker. S-au folosit 3x2 tipuri de cuvinte: neutru, drog, joc, comparativ cu un grup de control. Măsurătorile s-au făcut computerizat pe modelul stroop-task, înregistrându-se latența răspunsului.

Subiecții au fost testați şi cu Scala Şanselor de Joc (Scale of Gambling Choices). Cei cu dificultăți în controlul comportamentului de joc (grupul cu autocontrolul scăzut) au avut nevoie de un timp mai îndelungat pentru denumirea culorii cuvântului asociat cu jocul de poker decât cei cu un înalt nivel al autocontrolului. Cei cu probleme

de conduită sau emoționale au avut nevoie de un timp mai îndelungat pentru denumirea culorilor.

Studiul s-a extins şi la investigarea rolului tulburărilor cognitive ale comportamentului de adicție, confirmând studii anterioare.

Cavedini şi colab. (2002)au afirmat că în jocul patologic de noroc este implicată disfuncția zonei ventro-mediale prefrontale corticale, la fel ca în tulburarea obsesiv-compulsivă. Aceasta ar explica utilitatea administrării inhibitorilor recaptării serotoninei în tratamentul jucătorilor patologici.

Autorii au comparat 20 de subiecți cu leziuni în zona ventro-medială prefrontală cu 40 de jucători patologici, urmărindu-li-se pe termen lung comportamentul şi luarea deciziilor.

Ei au stabilit că există o legătură între comportamentul jucătorului patologic şi alte disfuncționalități, cum ar fi tulburarea obsesiv-compulsivă şi consumul de droguri, legată de disfuncția cortexului orbito-frontal.

Chambers şi colab.(2003) au studiat de ce prevalența jocului patologic este mai mare la adolescenți şi adulții tineri decât la adulți,constatând că există o bază neurofiziologică, care explică vulnerabilitatea la joc a acestora.Ei au constatat că sunt implicate în acest proces, zone ale creierului cu rol în motivație şi în comportamentul impulsiv. Se presupune că imaturitatea cortexului frontal şi a sistemelor monoaminergice subcorticale la adolescenți duce la creşterea impulsivității.

Cunningham-Williams şi colab.(2001), au ajuns la concluzia că există dificultăți în stabilirea prevalenței exacte a jocului patologic de noroc, din mai multe cauze:

-nu există o unanimitate de opinii în privința definirii şi încadrării nozologice a acestei entități;

-există o serie de particularități ale jocului, care nu sunt încă bine înțelese;

-există diferențe şi deficiențe în studiile efectuate referitoare la eşantionarea şi mijloacele de evaluare a tulburării.

De Caria şi colab.(1986) au arătat faptul că jocul patologic afectează cel puțin 2,5 milioane de americani şi familiile lor. Deşi acesta a fost caracterizat ca o tulburare de control al impulsivității, el a fost asociat de asemenea şi cu compulsivitatea,coexistând şi abuzul de substanțe şi tulburările afective. Incidența suicidului este foarte ridicată la jucătorii patologici.

Deşi tulburarea este foarte răspândită în populație, studiile privind cauzele şi tratamentul sunt puține.Studiile preliminare

funcționale (de tip „remuşcare” în această situație particulară) (Ellis,1994;Ellis şi colab.,1997). Ca temă de casă i s-a recomandat să practice acest model şi i s-a indicat să citească cartea lui Windy Dryden, intitulată ”Cum poate fi depăşit sentimentul de vinovăție”. Această carte a cunoscutului psiholog şi psihoterapeut englez, cu o vastă experiență în munca de consiliere, este scrisă într-o formă accesibilă de întrebări şi răspunsuri, care ajută clienții să-şi schimbe atitudinile generatoare de vinovăție şi să înceteze să se autoblameze, începând totodată să se bucure de viață (Dryden,1999).

”Gaby” a fost receptiv la indicațiile terapeutice, fiind un subiect cu un nivel cognitiv bun (Q.I.=110) şi fiind motivat pentru schimbare, deoarece prietena îi pusese condiția de a renunța la ruletă, dacă dorea să-i obțină acordul pentru căsătorie.

După obținerea acestor succese pe linia autocontrolului, şedințele s-au rărit la una la două săptămâni, apoi una pe lună, explicându-i-se că este foarte importantă păstrarea legăturii cu terapeutul, pentru a putea menține abstinența de la joc şi pentru a preveni recăderile. Din fericire, aceste recăderi nu au mai apărut, evoluția cazului fiind favorabilă.

În concluzie, psihoterapia cognitiv-comportamentală s-a dovedit eficace în acest caz de joc patologic de noroc la un pacient de 29 de ani ,în asociere cu medicația de tipul Oxcarbazepinei, abstinența de la joc menținându-se şi la 1 an după inițierea terapiei.

Iei buretele... îl storci...şi printr-o mişcare lentă...lentă...le ştergi şi te linişteşti şi mai mult...şi mai mult...Acum, te rog să scrii pe tablă cu majuscule următoarele cuvinte, care vor rămâne permanent acolo:

SĂNĂTATE
AUTOCONTROL
LINIŞTE
SUCCES...

CU AJUTORUL LUI DUMNEZEU VOI REUŞI...VOI REUŞI...VOI REUŞI...VOI REUŞI...

Vei vedea că, dacă vei face acest exercițiu în fiecare seară înainte de culcare, precedat de exercițiul de respirație în 3 timpi, te vei linişti din ce în ce mai mult, iar impulsul de a juca ruletă va diminua treptat, treptat, până la dispariție. De asemenea, atunci când vei simți cu mare putere nevoia de a juca, va fi suficient să faci respirația în 3 timpi şi acest impuls va diminua considerabil..."

"Gaby" a practicat acest exercițiu de autohipnoză, constatând o ameliorare considerabilă a simptomatologiei.

Astfel, după 2 luni de terapie, a avut scorul 6 la cele 20 de întrebări ale Jucătorilor Anonimi din S.U.A. Pe parcursul a 4 luni, a avut doar 3 recăderi: de 2 ori a jucat la jocuri mecanice, pe sume de până la 100 RON şi o singură dată a mai fost la ruletă, unde a mizat pe o sumă de 300 RON, sensibil mai mică decât sumele alocate înainte de inițierea terapiei.

I s-a explicat lui "Gaby" dificultatea obținerii abstinenței totale (care de altfel era şi obiectivul terapiei) şi mai ales a prevenirii recăderilor. După fiecare din aceste recăderi, a experiențiat puternice sentimente de vinovăție, deoarece se angajase în fața mamei, partenerei şi terapeutului că nu va mai juca niciodată. S-au aplicat în această situație tehnici rațional-emotiv-comportamentale, pacientul fiind învățat modelul extins A-B-C-D-E al lui Ellis, în cadrul căruia a fost inițiat în recunoaşterea şi disputarea cogniților iraționale, generatoare de emotii disfuncționale (inclusiv de vinovăție) şi înlocuirea acestora cu cogniții raționale, generatoare de emoții negative

neurobiologice au indicat implicarea serotoninei în cazul jucătorilor patologici. De aceea poate fi eficace tratamentul cu SSRI (Clomipramina şi Fluvoxamina) la pacienții cu această afecțiune.

Dickerson (2003) afirma că există mai multe modalități de definire şi evaluare a jocului patologic: ca o tulburare mentală cu un impact negativ şi ca un comportament adictiv.

Jucătorii patologici îşi pierd controlul din punct de vedere al timpului alocat jocului, precum şi al banilor cheltuiți pe joc. Această pierdere a controlului face parte din plăcerea experienței de joc. Primul articol care atrăgea atenția asupra naturii jocului patologic şi asupra implicațiilor sociale şi familiale a fost publicat de către Lesieur, în urmă cu peste 25 de ani.

Pentru majoritatea adolescenților şi adulților, jocul rămâne o modalitate de divertisment fără consecințe patologice. Adolescenții reprezintă categoria cea mai vulnerabilă prin faptul că au tendința să joace excesiv şi nu se pot opri din joc, deşi ar dori acest lucru.

Acelaşi autor remarca într-un alt studiu efectuat împreună cu colaboratorii în anul 2000, faptul că în jocul patologic există multe variabile greu de definit, după ce a studiat în ce măsură tentația de a juca poate fi contracarată de autocontrol.

Di Clemente şi colab. (2000), consideră că datorită accesibilității crescute şi acceptării sale sociale, jocul şi problemele legate de acesta afectează tot mai mulți adolescenți. Deşi multe forme de joc sunt interzise prin lege, mulți adolescenți găsesc totuşi o cale de a juca.

Cei mai mulți dintre jucătorii compulsivi vor avea în viitor multe probleme. La adolescenți, trebuie făcută distincția între procesul de inițiere în practicarea jocurilor ca efect al ineficienței măsurilor de profilaxie şi procesul de încetare a jocului, care necesită deseori asistență şi tratament.

Jocul patologic şi problemele lui apar conform studiilor lui Eisen şi colab.(2001), la 5% dintre americani ,generând multiple problemele psiho-sociale şi de sănătate mintală. Accesul la joc duce la prevalența crescută a problemelor. De aceea, este importantă decelarea etiologiei jocului. Influența familiei poate fi mare, dar nu se poate face distincție între componenta genetică şi influența familiei.

S-au efectuat studii pe gemeni în Vietnam, care au arătat că:
1) Factorii ereditari au importanță în apariția simptomelor jucătorilor;
2) Există o vulnerabilitate genetică referitoare la severitatea problemelor apărute la jucători;

3) Există influențe genetice în apariția tulburărilor de personalitate antisocială, abuz de alcool şi/sau substanțe.

Există de asemenea, studii neurofiziologice care arată rolul neurotransmițătorilor în mecanismele care stau la baza predispoziției pentru jocul patologic.

Evans (2003) a arătat felul în care modelele teoretice pot fi aplicate în prevenția jocului la adolescenți, atrăgând atenția asupra importanței mijloacelor de evaluare a eficacității prevenției jocului patologic.

Griffiths, încă din anul 1989, deplângea faptul că deşi jocul patologic la adolescenți este o problemă importantă, nu există la ora actuală suficiente studii în acest sens.De asemenea, considera că jocurile mecanice constituiau o mare problemă la adolescenții englezi.

Autorul citat afirma că există 3 direcții de cercetare reflectate în literatura care se ocupă cu studiul jocului patologic la adolescenți:

1) Studii directe şi indirecte în legătură cu comportamentul jucătorului adolescent;
2) Studii ale socializării economice a adolescenților;
3) Considerarea jocurilor copilăriei ca un precursor al jocului patologic ulterior.

Gupta şi colab. (1998) au studiat 817 adolescenți, testându-i pe baza unor chestionare care examinau severitatea problemelor de joc, DSM-IV-J,High School Personality Questionnaire (HSPQ), the Reynolds Adolescent Depression Scale (RADS) şi pe baza altui chestionar care cuprindea itemi referitori la comportamentul de joc, abuzul de substanțe, consumul de alcool şi țigări. Cercetarea s-a bazat pe modelul adicției, descris de către Jacobs în 1986, confirmându-l.

Jacobs şi colab.(1986), au arătat că jocul patologic este o tulburare adictivă care implică un status patologic specific, care parcurge 3 stadii: descoperirea, rezistența la schimbare şi stingerea.

Korn şi colab. (2003) au studiat implicațiile sociale ale jocului, văzut ca o formă de libertate individuală şi de recreere, subliniind totodată şi implicațiile economice, politice, culturale, care determină un anumit profil al jucătorului. Aceiaşi autori (Korn şi colab.,1999) au constatat că a crescut prevalența jocului printre adulții şi adolescenții din America de Nord, devenind astfel o problemă de sănătate publică. Ei au stabilit 4 obiective primare:

1) considerarea jocului ca o problemă de sănătate publică;

contribuind la dobândirea autocontrolului asupra comportamentului dezadaptativ. Aceste faze sunt următoarele:

1. Modificarea concepțiilor dezadaptative;
2. Înțelegerea problemei;
3. Creşterea percepției stimulilor interni;
4. Dezvoltarea autocontrolului;
5. Eliminarea problemei.

Concomitent, s-a intervenit şi prin tehnica respirației în 3 timpi sub hipnoză şi autohipnoză , implementându-se ideea renunțării treptate la joc, şi a instalării autocontrolului în orice situație (Lupu,2003).

Redăm în cele ce urmează ”scenariul” unei astfel de şedințe de heterohipnoză, în care subiectul a fost învățat o tehnică de autohipnoză.

S-a efectuat o inducție hipnotică prin metoda relaxării musculare progresive Jacobson, precedată de tehnica respirației în 3 timpi, care fusese deprinsă într-o şedința anterioară. Fiecare din cei 3 timpi ai respirației avea o durată de 4 secunde:

I. inspirație forțată maximală;

II. manevra Valsalva- prin blocarea respirației, cu creşterea presiunii intratoracice şi intraabdominale;

III. expirație forțată.

Pentru adâncirea transei şi aplicarea sugestiilor terapeutice, am utilizat ”exercițiul tablei”:

”Imaginează-ți o tablă neagră... Iei o cretă albă şi scrii încet, încet..în centrul tablei, litera ”A de mână”...o contempli... şi te linişteşti...Apoi, iei un burete galben îmbibat în apa dintr-o găleată albastră pe care-l storci bine şi ştrergi uşor, uşor...tabla... şi te linişteşti şi mai mult...şi mai mult... Apoi, iei din nou creta şi scrii încet în centrul tablei litera ”B de mână”...etc (s-a procedat identic de la A la Z)...Iei din nou buretele şi ştergi complet tabla...Apoi, iei creta şi scrii pe tablă următoarele cuvinte, unul sub altul, cu majuscule:

BOALĂ
IMPULSIVITATE
DISCONTROL
RULETĂ
NEÎNCREDERE
ANXIETATE

mari şi datoriile creşteau, ”Gaby” a fost tentat să joace tot mai mult la ruletă pentru a-şi redresa situația financiară şi a-şi recupera pierderile. El descria cu fascinație atmosfera din sala de joc, care îi crea o adevărată plăcere. De asemenea, afirma că atunci când miza pe sume mai mici, de până la 200-300 RON, nu simțea practic nici o plăcere. În schimb, plăcerea apărea când miza creştea la peste 1000 RON. Cea mai mare sumă pe care o câştigase într-o sesiune de joc, cu durată de aproximativ 10 ore, fusese de aproximativ 280.000 RON. Din păcate, această sumă, în loc să fie utilizată pentru acoperirea datoriilor acumulate, a fost cheltuită în continuare la ruletă şi cu ”cinstea” acordată clienților fideli ai localului pe care îl frecventa des în ultima vreme.

Înainte de inițierea terapiei, ”Gaby” avea un scor foarte ridicat: 18 la cele 20 de întrebări ale jucătorilor anonimi, din S.U.A. şi întrunea 9 din cele 10 criterii DSM-IV-TR pentru jocul patologic de noroc.

În cazul lui, a fost abordată o terapie bifocală, utilizându-se medicația: Trileptal (Oxcarbazepina), în doză de 3X1 tb/zi (1 tabletă=300 mg), timp de 6 luni şi psihoterapia cognitiv-comportamentală, desfăşurată pe parcursul a 20 de şedințe, în ritmul de 1 şedință/săptămână, timp de 3 luni, apoi câte 1 şedință la 2 săptămâni. De la început, s-a făcut un bilanț al avantajelor şi dezavantajelor continuării practicării jocurilor de noroc.

Singurul avantaj al jocului era starea de bine pe care i-o crea, el fiind fascinat de atmosfera respectivă. În schimb, el a reliefat următoarele dezavantaje: creşterea datoriilor, afectarea vieții profesionale, alterarea relațiilor cu părinții şi cu prietenii lui, etichetarea lui de către cunoscuți ca şi ”cartofor”.

Cel mai des, ”Gaby” era tentat să joace în week-end, mai ales când avea la dispoziție sume de peste 500 RON. De asemenea, el a observat că în momentele când era în prezența prietenei, era mai puțin atras de jocuri. În consecință, ”Gaby” a rugat-o pe aceasta să-l însoțească peste tot, atât în timpul programului de lucru, care presupunea dese deplasări cu maşina, cât şi în afara acestui program.

La începutul terapiei, acest demers a fost util, ajutându-l să-şi diminueze impulsul spre joc. Într-o etapă ulterioară a terapiei, l-am sfătuit să circule şi singur în interes de serviciu şi să încerce să-şi controleze singur comportamentul impulsiv, fiind învățat în prealabil tehnica de autocontrol, asemănătoare modelului lui Ronen (1997), care inițial a fost aplicat la copii şi adolescenți cu enurezis nocturn. Demersul terapeutic a cuprins 5 faze, fiecare dintre acestea

2) jocul să fie văzut din diferite perspective, cuprinzând: sănătatea populației, ecologia umană şi comportamentele adictive;
3) studiul modalității în care jocul afectează individul, comunitatea şi familia;
4) prevenția şi tratamentul, utilizând programul de cercetare Otawa.

Langewisch şi colab. (2001) consideră jocul patologic ca un discontrol impulsiv, legat de alte dependențe, cum ar fi cea față de alcool şi/sau tutun.

Lesieur (2003) a studiat comportamentul de joc al adolescenților şi a subliniat deficiențele cercetărilor din acest domeniu, insistând asupra faptului că jocul poate fi cel mai bine explicat prin modelul plurifactorial.

Nower şi colab. (2003) au subliniat faptul că jucătorii prezintă probleme de conduită, vulnerabilitate emoțională şi impulsivitate antisocială, toate aceste caracteristici având importanță pentru tratament.

Aşa după cum a mai fost subliniat, în ultimii 10-15 ani a crescut accesibilitatea din punct de vedere legal la jocurile de noroc, constatatându-se o asociere între joc şi consumul de alcool şi tutun. Potenza (2002) a atras atenția asupra rolului medicului de familie în asistarea problemelor de joc şi a propus stresul, ca posibil factor favorizant al discontrolului comportamental.

Raylu şi colab.(2002) au sintetizat teoriile recente aratând că:
1) jocul nu trebuie considerat ca un fenomen izolat;
2) jocul este un fenomen generalizat în anumite grupuri etnice şi culturale;
3) viitoarele studii se vor adresa metodologiei de cercetare a jocului;
4) actualele studii încearcă să răspundă de ce unele persoane încep să joace şi se pot opri din joc şi de ce altele nu reuşesc acest lucru.

În ultimul deceniu, a crescut prevalența jocului în Canada şi pe plan internațional aşa dupa cum au relevat Skinner şi colab.(2004). Ei au chestionat 12 grupuri, cuprinzând 103 subiecți, cu vârsta medie de 15 ani,cu ajutorul unor întrebări care s-au referit la experiența şi la opinia acestora despre joc. Adolescenții investigați au relatat că jocurile practicate de ei erau: loterie, casino. Pariurile între adolescenți erau percepute ca modalități de socializare. Mulți tineri aveau cunoştințe deficitare legate de nocivitatea jocului. Internetul

era considerat de aceştia ca un mod atractiv de joc, mai ales atunci când nu implică bani.

Autorii citați au ajuns la concluzia că este necesară educarea populației şi gestionarea corectă a nevoii de bani a adolescenților.

Spinella (2003), a arătat că în jocul patologic sunt implicate structuri ale sistemului prefrontal, subcortical şi limbic.

Spunt (2002) a studiat incidența jocului patologic pe 462 de consumatori de methadonă din New-York. 21% dintre aceştia erau jucători patologici, iar 9% aveau probleme minime cu jocul.

Rosenthal (1992) considera că jocul patologic este foarte asemănător cu consumul de substanțe psihoactive, discutând criteriile DSM-IV pentru jocul patologic. 50%dintre jucătorii patologici au în antecedente consum de alcool sau droguri.Tulburarea începe în adolescență la sexul masculin, iar femeile încep mai târziu să joace, fiind mai expuse la depresie , jocul fiind un mijloc de a evada din aceasta. Bărbații- jucători ajung la terapeut, după 20-30 de ani de joc, spre deosebire de femei, care ajung le terapie în medie după 3 ani.

Proliferarea jocurilor de noroc între 1980-1990, a fost studiată de către Vander Bilt şi colab. (2003).Copiii jucătorilor patologici dezvoltă mai uşor probleme de joc decât ai jucătorilor nepatologici. Problema jocului, la fel ca a consumului de substanțe, trebuie văzută în context social şi familial, incluzând violența familială,constatându-se o corelație între joc, violența familială şi abuzul de substanțe. De aceea, terapia familială este foarte importantă pentru copiii cu probleme de joc compulsiv.

Vitaro şi colab. (1999) au investigat felul în care impulsivitatea la copiii de 12-14 ani poate prezice problemele de joc la adolescenți. Au fost studiați 154 de băieți din zonele defavorizate economic, atât la 12-14 ani, cât şi ulterior, la 17 ani, din punct de vedere al agresivității şi anxietății. Dezinhibiția comportamentală este un factor de risc pentru joc. Deci, s-a confirmat concepția DSM-IV, conform căreia jocul patologic este un defect al controlului impulsului central. Scopul aceloraşi autori într-un alt studiu a fost:

1) cercetarea corelației dintre joc, uzul de substanțe şi delincvență de-a lungul a 2 ani, în timpul adolescenței medii;
2) testarea felului în care delincvența şi uzul de substanțe preced jocul;
3) studiul antecedentelor: impulsivitate, supraveghere parentală, prieteni nepotriviți.

depresiei şi anxietății. S-a ales ca variantă de intervenție cognitiv-comportamentală:terapia rațional-emotivă şi comportamentală, care s-a desfăşurat timp de 3 luni, în ritmul de 1 şedință pe săptămână.

La o retestare, după 4 luni de la prima şedință terapeutică, ”Thomas” prezenta scorul de 6 la cele 20 de întrebări ale jucătorilor anonimi din S.U.A. şi 7 pentru anxietate, respectiv 6 pentru depresie pe scala HADS. În cursul terapiei, pacientul a ținut un jurnal zilnic, în care trebuia să noteze momentele în care era tentat să joace. Pe parcursul terapiei, au existat două momente critice în care ”Thomas” a ”recăzut”, jucând la ruletă, dar cu sume mult mai mici decât înainte (sub 50 de Euro/şedință). I-am explicat, la modul suportiv, că nu trebuie făcută o tragedie din aceste recăderi, care desigur, nu sunt de dorit, şi i-am mai spus că, cel mai important lucru este menținerea rezultatelor. De aceea, am mai avut 4 şedințe şi după obținerea abstinenței totale de la joc, pe parcursul a 4 luni.

Evoluția lui ”Thomas” a fost favorabilă, acesta reuşind timp de cel puțin 2 ani să nu mai joace deloc la ruletă, dedicându-se studiilor universitare şi practicării fotbalului.

XI.5. Cazul ”Gaby”

”Gaby”, în vârstă de 29 de ani, de sex masculin, de profesie întreprinzător particular, a fost adus la consultație de către mama sa şi prietena lui, datorită practicării excesive a jocurilor de noroc: jocuri electronice şi în special ruletă. Deşi practica aceste jocuri încă din adolescență, de la vârsta de 15 ani, lucrurile degeneraseră în special în ultimii 2 ani, când acesta acumulase o datorie foarte mare, de aproximativ 60.000 de Euro.

Era extrem de pasionat de ruletă, fiind capabil să rămână în sala de jocuri chiar şi peste 24 ore. El avea mai multe superstiții legate de jocul la ruletă, alegând de fiecare dată aceleaşi numere, în virtutea faptului că acestea erau cele cu care câştigase prima dată când a jucat.

Similar cu ceea ce s-a consemnat şi în cazul altor jucători patologici, ”Gaby” a împrumutat sume mari de bani inițial de la prieteni, apoi de la străini, inclusiv de la cămătari. Momentul în care jucătorul ajunge să împrumute bani de la cămătari este unul de maximă gravitate, deoarece înseamnă că şi-a pierdut creditul în fața prietenilor, şi pe de altă parte cămătarii practică nişte dobânzi foarte mari care complică şi mai mult lucrurile. Cu cât pierderile erau mai

XI.4. Cazul ”Thomas”

”Thomas”, student în vârstă de 19 ani, copil unic, provenind dintr-o familie foarte înstărită, dintr-un oraş transilvan, a fost adus de către părinții săi pentru practicarea excesivă a jocurilor de noroc (ruletă), care data de aproximativ 3 ani.

Pacientul era student la 2 facultăți şi sportiv de performanță, practicând fotbalul la o echipă de categorie inferioară. Cu toate acestea, activitatea lui cea mai importantă era reprezentată de jocul de ruletă, la care petrecea foarte mult timp (maxim 12 ore). De asemenea, şi mizele pe care juca au fost din ce în ce mai mari, ajungând şi până la echivalentul a 500 Euro pe şedință. La un moment dat, pierzându-şi toți banii pe care îi avea la el, a mizat pe autoturismul său personal, pe care îl primise cadou de la părinții săi cu ocazia majoratului (un BMW, ultimul tip, full-options), pe care desigur că l-a pierdut.

În urma acestui incident, părinții lui au aflat de problema lui legată de jocul la ruletă şi i-au propus urmarea unui tratament de specialitate, condiționându-i astfel continuarea finanțării studiilor lui.

În cadrul primei şedințe de evaluare a cazului, a avut loc o discuție separată cu părinții săi, care erau foarte afectați de comportamentul lui. Apoi, a avut loc interviul cu ”Thomas”, care în afara jocului patologic de noroc (validat de un punctaj de 17 la cele 20 de întrebări ale Jucătorilor Anonimi din S.U.A., întrunea şi 8 din cele 10 criterii din D.S.M.-IV-TR şi în totalitate criteriile ICD-10), a depistat şi prezența unei tulburări mixte anxioase şi depresive (scorul de 16 pentru anxietate şi de 17 pentru depresie la chestionarul HADS-valorile de peste 11, fiind semnificative din punct de vedere psihopatologic). În cazul lui, apărea frecvent sentimentul de vinovăție după ce pierdea la ruletă, dar afirmativ, nu putea să se abțină atunci când simțea dorința irezisibilă de a juca.

S-a inițiat terapie bifocală, utilizând atât medicație, cât şi psihoterpie cognitiv-comportamentală individuală. Terapia medicamentoasă a constat în administrarea de Prozac tb. 20 mg., 1 tb/zi, timp de 2 luni şi Alprazolam (Xanax), tb. de 0,25 mg., 3X1 tb/zi, timp de 1 lună, cu scăderea treptată, până la întreruperea totală a tratamentului. După cele 2 luni de terapie, s-a instituit tratament cu Carbamazepină tb. 200 mg., 3X1 tb/zi, timp de 4 luni.

Sub acest tratament medicamentos, care a fost suprapus cu psihoterapia cognitiv-comportamentală, evoluția a fost favorabilă, atât în privința ameliorării controlului asupra jocului, cât şi asupra

Aceiaşi autori au desemnat termenul de “probleme generale de comportament” ca sindrom şi au remarcat faptul că participanții cu mai multe tulburări erau mai impulsivi decât cei care aveau exclusiv probleme cu jocul sau cu uzul de substanțe (Vitaro şi colab. 1998;2001).

.

Winters (2000), a arătat că:

a) jocul la adolescenți, la fel ca şi consumul de droguri, ar fi o parte “normală” a adolescenței;

b) prevalența jocului patologic este mai mare decât problemele create de uzul de substanțe;

c) există factori izolați şi comuni ai jocului;

d) asocierea la comportamentul de joc a abuzului de substanțe şi alcool reprezintă o dificultate în plus în prevenția şi tratamentul jocului.

În anul 1995, Abbot a efectuat un studiu asupra jocurilor mecanice (“fruit machines”) şi a jocurilor video la adolescenți cu vârste cuprinse între 11-16 ani. Au fost utilizate nişte chestionare, urmărindu-se suma cheltuită, timpul alocat şi s-a ajuns la concluzia că banii cheltuiți erau un predictor pentru delincvența ulterioară şi că jocurile video şi jocurile mecanice par să fie independente de delincvență.

Într-un studiu efectuat în Canada timp de 12 luni de către Adebayo (1998), s-a arătat că cel mai popular joc era “scratch tickets”, urmat de bingo. Băieții preferau jocurile de îndemânare, iar fetele pe cele de şansă.

Adlaf (2000), remarca şi el că jocul era mai frecvent întâlnit la subiecții de sex masculin față de sexul feminin.

Alcock (1998) a utilizat: Scala Zuckerman Sensation Seeking Scale(SSS) şi Barrat’s Impulsivity Scale (BIS), pe baza cărora, s-a arătat că dependenții de droguri aveau scoruri semnificativ mai mari, iar consumatorii de alcool aveau scoruri semnificativ mai mici decât jucătorii patologici.

Winters (2002) a subliniat faptul că riscul de joc este mai crescut la adolescenți şi adulții tineri. Acelaşi autor arăta în 1993 că problemele asociate jucătorilor patologici includ: dificultățile şcolare, uzul regulat de droguri, delincvența, jocul parental, sexul masculin.

Arbinaga (2000), utilizând un chestionar care evalua nivelul depresiei şi al gândurilor suicidare la jucătorii patologici de noroc, a constatat că 71,5% dintre jucători au dezvoltat depresie uşoară până la severă, iar 42,9% aveau gânduri de suicid.

Arcuri, (1985) a studiat jocul la casino printre adolescenți, ajungând la concluzia că 64% dintre liceenii din Atlantic City au jucat în casinouri.

Într-un studiu efectuat pe adulți, Arseneault (2001), a constatat că prevalența consumului de alcool sau droguri este de 5 ori mai mare printre jucătorii patologici decât la populația generală.

Barnes (2002), în urma a 2 studii longitudinale efectuate pe tineri din zona metropolitană a New York-ului, a indicat că există jucători care jucau puțin, mediu şi foarte des. La adolescenți, acesta a subliniat că este important să fie luat în evidență jocul din punct de vedere demografic şi social.

Becona (1996,1997,2001) a studiat în Spania pe adulți şi adolescenți jocul, constatând o prevalență mai mare la adulți, corelând jocul (pe baza unor chestionare) cu sexul, vârsta, banii cheltuiți pe joc, comportamentul de joc parental şi diferența dintre jucătorul ocazional şi cel patologic.

De asemenea, a cercetat corelația cu vârsta, consumul de alcool, tutun constatând o corelație cu acestea. Banii cheltuiți, absenteismul şcolar şi jocul parental se corelau şi ele cu jocul.

Bellringer (1992) a efectuat un studiu în Marea Britanie, constatând faptul că pentru majoritatea oamenilor, jocul reprezintă o formă de divertisment nenocivă, dar pentru unii tineri poate deveni o "adicție ascunsă" destructivă.

Într-o altă cercetare, Bentall (1989) a indicat prezența unei corelații între rata jocului şi timpul alocat lui. Blaszczynski (1997), a studiat rolul impulsivității (Scala Impulsivității Eysenk) la 115 jucători patologici, constatând că impulsivitatea crescută este asociată cu comportamentul modificat la jucătorii patologici.

Boyer (2003) a analizat relația dintre atenție şi comportamentul jucătorului prin testele "stroop", constatând că jucătorilor patologici le lua mai mult timp să recunoască culorile cuvintelor decât nejucătorilor.

Buchta (1995) a cercetat comportamentul de joc pe un lot de 97 bărbați şi 102 femei, cu vârste cuprinse între 12 şi18 ani. 83% dintre subiecții de sex masculin şi 61% dintre cei de sex feminin au recunoscut că au jucat, 44% dintre jucători având cel puțin un părinte jucător.

Carroll (1994) a constatat că jucătorii tineri dependenți de "slot machines" aveau nivele mai scăzute ale activității cardiovasculare.

angajeze ca muncitor necalificat, pentru a-l sprijini în recuperarea datoriilor. Acesta i-a propus şi lui să se angajeze, dar el nu a rezistat mai mult de 3 zile la serviciu.

În afara acestor probleme cu pariurile, "George"avea şi un comportament sexual de risc, făcând cunoştință cu diferite persoane de sex feminin, pe Internet, cu care apoi se întâlnea, cheltuind sume mari de bani. În acest context, îşi neglija aproape în totalitate obligațiile legate de facultate, în ciuda faptului că avea un potențial cognitiv foarte bun .

"George" a răspuns afirmativ la 16 din cele 20 de întrebări ale jucătorilor anonimi din S.UA. şi satisfăcea şi criteriile DSM-IV-TR şi ICD-10 pentru jocul patologic de noroc. La el, apărea foarte evident ideea controlului iluzoriu asupra jocului, în sensul că, deşi era foarte inteligent, el nu făcea distincția între "şedințele de pariuri". Astfel, la un moment dat, a pariat pe o sumă foarte mare: 10.000 RON, pentru 14 rezultate sportive, dintre care i s-au potrivit 13. Ultimul rezultat pe care-l aştepta online, pe Internet, se referea la un meci de baschet din N.B.A. El mizase pe o echipă, care a condus scorul până în ultimele secunde, dar fusese egalată de echipa adversă, urmând prelungiri. Aceste prelungiri au fost câştigate de echipa pe care mizase el, dar în domeniul pariurilor sportive, acest rezultat era consemnat ca fiind de egalitate, astfel că el a pierdut câştigul cel mare cu care, afirmativ, şi-ar fi putut plăti toate datoriile acumulate. În ciuda aceste situații, el era foarte încântat şi sigur că data viitoare va câştiga "potul cel mare", deoarece a fost atât de aproape.

În cadrul psihoterapiei cognitiv-comportamentale, care s-a desfăşurat pe parcursul a 12 şedințe, am insistat foarte mult pe cogniții iraționale legate de joc, şi mai ales pe iluzia posibilității de corelare a rezultatelor a 2 şedințe succesive de joc. De fapt,cele 2 şedințe nu au nici o legătură şi de fiecare dată teoretic există aceleaşi şanse de câştig. În paralel, a urmat şi terapia cu Carbamazepin, tb. 200 mg., 3x1 tb/zi, 6 luni. De asemenea, am abordat şi problema comportamentului sexual de risc, discutând toate implicațiile acestuia.

L-am sfătuit totodată pe "George" să-şi caute un serviciu stabil şi să încredințeze salariul obținut părinților, pentru a fi mai sigur că nu va continua să parize la pariurile sportive. Evoluția lui a fost lent favorabilă, la începutul terapiei existând mai multe recăderi, dar cu parierea pe sume relativ mai mici decât cele dinainte. "George" a reuşit să-şi finalizeze până la urmă şi studiile universitare şi să aibă o prietenă stabilă.

În acest context, contrar indicațiilor terapeutului, care a subliniat că exista oricând pericolul recăderii, ”Sorin” nu a mai venit la şedințele de psihoterapie şi nu a mai urmat nici tratamentul medicamentos. După 6 luni de la prima întâlnire, pacientul a fost adus din nou de către mama sa, în urma unei ingestii voluntare de Diazepam, în scop de suicid. După ce obținuse abstinență timp de 6 luni, pe fondul unei noi decepții sentimentale şi a întreruperii terapiei, ”Sorin” a consumat în exces băuturi alcoolice, după care a reînceput să joace la ruletă, pierzând o sumă echivalentă cu 100 U.S.D., după care a recurs la tentativă de suicid.

Acest caz ilustrează marele risc de recădere, care apare la jucătorii patologici, chiar după perioade lungi de abstinență, şi importanța continuării tratamentului.

XI.3. Cazul ”George”

”George”,în vârstă de 24 de ani, student în ultimul an la o facultate prestigioasă din Cluj-Napoca, este adus de ambii părinți pentru:

-practicarea excesivă a pariurilor sportive;
-dezinteres pentru facultate;
-comportament sexual de risc ridicat.

Tânărul provenea dintr-o familie compusă din 3 persoane: tatăl-profesor pensionar, cu probleme de sănătate (hipertensiune arterială, cardiopatie ischemică), mama- funcționară, fără probleme de sănătate şi pacientul.

În privința antecedentelor personale şi heredo-colaterale, precum şi a dezvoltării psiho-motorii, nu au fost elemente semnificative de consemnat. A început să practice pariurile sportive cu aproximativ 3 ani înainte de prima consultație. Era ”specializat” mai ales în a paria la meciurile de fotbal şi de baschet masculin din N.B.A. La început, în primul an, mizele pe care paria erau mai modeste, de pâna la 50 RON. În următorii ani, aceste mize au crescut treptat, până la suma maximă de 2000 RON, la o singură şedință de pariu. A început să se împrumute de la diferiți prieteni de familie, cu sume variabile: între 100 şi 500 Euro, în multe situații afirmând că părinții săi ar avea nevoie de aceşti bani. De fapt, majoritatea împrumuturilor erau făcute pentru a acoperi datoriile precedente. Astfel, a ajuns la datorii totale de aproximativ 40.000 RON. Din acest motiv, tatăl care era pensionar şi cu multiple probleme de sănătate, a fost nevoit să se

Cavedini, în anul 2002, a studiat legătura dintre jucătorii patologici şi alte asocieri patologice, cum ar fi tulburările obsesiv-compulsive şi adicțiile de droguri, toate acestea corelându-se cu o activitate anormală a cortexului orbito-frontal.

Cote (2003) a ajuns la următoarele concluzii în urma cercetărilor efectuate:

-părinții tind să supraevalueze prevalența problemelor la jucătorii adolescenți şi să subestimeze probabilitatea ca proprii lor copii să aibă această problemă;

-majoritatea părinților sunt de acord cu implementarea programelor de prevenție în şcoli şi mulți chiar sunt interesați să se implice în acestea.

Crites (2003) a analizat jocurile: loterie, keno, ruletă şi “craps” şi a sugerat că este absolut necesar să se discute în şcoli despre prevenția acestor jocuri.

Darbyshire (2001) a studiat efectul loteriei şi al jocurilor electronice asupra adolescenților şi a ajuns la concluzia că cei care provin din familii cu probleme de joc, vor deveni la rândul lor jucători.

De Caria (1996), a constatat o incidență foarte înaltă a suicidului la jucătorii patologici, având o mare implicare sistemul serotoninergic, astfel explicându-se efectele benefice ale terapiei cu Clomipramină şi Fluvoxamină în aceste cazuri.

Delfabbro (2003), a studiat în Australia, felul în care copiii învață despre bani, riscuri şi economisirea banilor.

Derevensky (2000, 2004), afirma că pentru problemele jocului la adolescenți, ar trebui să existe o strânsă colaborare între public, industria jocului, legislație, clinicieni şi cercetători.

Totodată, pentru cei mai mulți adolescenți şi adulți, jocul este un divertisment cu consecințe serioase, din cauza jocului excesiv şi a imposibilității de a-l stopa în ciuda numeroaselor încercări. Derevensky& Gupta au studiat în anul 1996 comportamentul copiilor care jucau black-jack.Cercetarea a fost efectuată pe un lot de 104 subiecți, 51 fiind de sex masculin şi 53 de sex feminin, cu ajutorul unor chestionare, care se refereau la sumele cheltuite pe pariuri, câştigurile nete, procentul de câştiguri şi numărul de “mâini”jucate. Subiecții de sex masculin câştigau sume mai mari decât cei de sex feminin. Bărbații considerau black-jack-ul ca un joc de îndemânare şi noroc, având impresia că-l pot controla .

Dickson (2002) a ridicat problema în ce măsură programele de prevenție ale consumului de tutun, alcool şi droguri ilicite pot fi

aplicate ca programe în prevenția primară, secundară şi terțiară a jocului patologic de noroc.

Eisen (2001), a ajuns la concluzia conform căreia jocul patologic apare la 5% dintre americani, neputându-se distinge influența genetică de cea familială.

Felsher (2003), referindu-se la jocul de loto,afirma că participarea tinerilor este inițiată şi menținută de implicarea părinților care cumpărau bilete de loto copiilor.

Fisher (1991), a făcut observații pe 500 de copii cu vârste sub 16 ani care jucau pe "slot machines", şi care au ajuns să comită crime pentru a-şi continua jocul. Nu s-a găsit o corelație între joc, delincvență şi dependență.

În alte studii, acelaşi Fisher (1993,1999), a semnalat faptul că 62% dintre cei care joacă la "fruit machines", între 11-16 ani, joacă neregulat, 17,3% dezvoltă joc-problemă, iar 5,7% joacă la modul patologic. A făcut o analiză şi pe cei care jucau la "fruit-machines" şi la loteria națională, pe segmentul 12-15 ani,constatând că 19% dintre ei au cheltuit banii pe "fruit- machines" , în detrimentul nevoilor bazale, iar 13% dintre aceştia pe loto. De asemenea, Fisher (1995), a studiat formele de joc în diferite țări şi centre de tratament şi legătura dintre "slot-machines" şi jocurile video.

Fortin (2001), a explorat comportamentul de joc în Quebec (Canada), pe elevi de şcoală, cu vârste cuprinse între 12-19 ani. El a constatat că 92%dintre aceştia au pariat cel puțin o dată în primul an de şcoală, 40,4% pariind aproape săptămânal. Prevalența jocului excesiv a fost de 7,7%. Fetele jucau la fel de frecvent ca şi băieții, jocul fiind asociat cu consumul de substanțe psihotrope, comportamentul delincvent şi absenteismul şcolar.

Frank (1990), studiind problema jocului patologic în casinourile din Atlantic City,a ajuns la concluzia că debutul jocului este la vârste tot mai mici.

Gerdner (2003), a utilizat într-un studiu efectuat scala "South Oaks Gambling Screen", constatând că 27% dintre băieți jucau cel puțin o dată pe săptămână, 7% fiind la risc. Singurul factor semnificativ din punct de vedere familial, a fost desemnat abuzul familial. De asemenea, a fost frecvent întâlnit consumul de alcool, studiindu-se şi legătura dintre joc şi alcoolismul parental. Jucătorii studiați de autorul citat erau mai degrabă asociali decât impulsivi.

Govoni (1996), într-un studiu efectuat în Windsor (Ontario) pe adolescenți cu vârste cuprinse între între 14-19 ani ,a constatat că 90% erau implicați în activități de joc.

să comită fapte deosebit de grave. Rămânând fără bani, a mers acasă la mătuşa sa şi i-a furat televizorul şi video-ul, pe care le-a amanetat, după ce în prealabil îşi imobilizase şi le pusese căluş verişorilor săi în vârstă de 9 şi 10 ani pentru a putea opera în linişte. Nu s-a ajuns la întocmirea dosarului penal, deoarece a existat o înțelegere din partea mătuşii la rugămințile mamei sale, dar cu condiția de a urma tratament de specialitate. Această oportunitate a apărut în urma vizionării de către mama sa, a unei emisiuni interactive susținute de către subsemnatul, la un post local de televiziune, pe tema jocului patologic de noroc.

Discontrolul său comportamental pe linia jocului de noroc, era completat de apetența sa crescută pentru alcool. De multe ori, se întâmpla să consume în prealabil 4-5 sticle de bere, după care intra în localurile de joc. Deşi era un tânăr foarte prezentabil şi era capabil de interacțiuni sociale inclusiv cu sexul opus, având 3 relații serioase, dintre care ultima se finalizase cu logodnă, el a înregistrat eşecuri şi pe această linie. Logodnica sa l-a părăsit datorită imposibilității lui de a renunța la această pasiune. În momentul în care s-a prezentat pentru consultație, a fost testat cu ajutorul chestionarului celor 20 de întrebări ale Jucătorilor Anonimi din S.U.A., obținând scorul de 15 din 20 (valorile de peste 7 fiind semnificative din punct de vedere psihopatologic),şi 14 pentru anxietate,respectiv 16 pentru depresie la testul H.A.D.S. (test de screening pentru anxietate şi depresie,valorile peste 11 fiind patologice). Era în perioada în care îşi pierduse ultimul loc de muncă şi îl părăsise ultima parteneră.

Am inițiat terpia medicamentoasă cu Carbamazepină tb. 200 mg (3x1 tb/zi), asociată cu psihoterapie cognitiv-comportamentală individuală, pe parcursul a 3 luni, în ritmul de 1 şedință pe săptămână. De asemenea, s-a făcut în permanență consilierea mamei. Li s-a recomandat de către terapeut să continue atât tratamentul medicamentos, cât şi psihoterapia încă cel puțin 6 luni. "Sorin" a reuşit să-şi controleze impulsul de juca pentru 6 luni, existând abstinență totală. În această perioadă, şi-a găsit un nou loc de muncă foarte bine retribuit şi de unde primea şi plăți suplimentare ("ciubucuri"). Inițial, pentru siguranță, i-am propus pacientului să-i încredințeze mamei cardul pe care îi era livrat salariul, pentru a nu fi tentat să joace. Ulterior, acesta i-a fost reîncredințat lui. Mama era foarte mulțumită de evoluția lui favorabilă şi afirma că acesta aducea toți banii în casă şi periodic îi făcea diferite cadouri surpriză.

În plus, a reuşit să stabilească o relație afectivă cu o fată, care îi aducea o mare satisfacție.

XI. 2.Cazul ”Sorin”

”Sorin”, în vârstă de 23 ani, provenind din mediul urban, de profesie muncitor calificat (sudură în gaze rare), a apelat la cabinetul medical privat, fiind adus de către mama sa, la începutul anului 2000, datorită următoarelor probleme:

- practicarea excesivă a jocurilor de noroc;
- consum excesiv, intermitent de alcool;
- dezinteres față de muncă.

Pacientul a început să practice jocurile de noroc de la vârsta de 15 ani, atunci când era elev în clasa a IX-a. Inițial, a fost atras de jocurile electronice, poker la aparate, apoi a jucat biliard pe pariu, black-jack şi ruletă. La primele şedințe de joc, miza pe sume relativ mici, reprezentate de bani pe care îi primea de la părinți, pentru a-şi cumpăra mâncare la şcoală. ”Sorin” a evocat cu mare precizie ziua primului câştig mai consistent la jocuri, care a survenit la vârsta de 15 ani şi 6 luni, când a câştigat la ruletă echivalentul a 300 U.S.D. Acest eveniment a fost crucial prntru el în privința continuării practicării jocurilor de nororc. Suma câştigată a fost cheltuită în totalitate împreună cu prietenii săi. Apoi, au apărut treptat şi pierderile semnificative de bani, el îndatorându-se tot mai mult, inițial de la prieteni, apoi şi de la persoane străine. Ajunsese la datorii de aproximativ 10.000 de U.S.D., de care nu ştiau părinții lui, care au aflat foarte tardiv, abia la vârsta de 22 de ani.

Deşi absolvise şcoala profesională cu o specialitate bine retribuită, fiind sudor ”în gaze rare”, şi era foarte priceput în meseria lui, el era din ce în ce mai puțin interesat de serviciu, absentând în repetate rânduri nemotivat, fapt ce a condus la concedierea lui din două servicii. Era în permanență preocupat de practicarea jocurilor, care îi consumau 10-14 ore zilnic. În restul timpului, căuta în permanență surse de finanțare pentru continuarea jocului. Înainte cu 2 ani de la momentul abordării terapeutice, el se împrumutase de la nişte cămătari din lumea interlopă extrem de periculoşi. Aceştia l-au înjunghiat şi l-au abandonat într-un şanț în momentul în care l-au vizitat pentru a le înapoia banii. Camăta era foarte mare:la o sumă împrumutată de 300 de U.S.D., aceasta era de 100 de U.S.D. Era în permanență stresat de diferitele persoane de la care împrumutase bani şi se angrenase într-un mecanism foarte complicat, destul de frecvent întâlnit la jucătorii patologici: împrumutase de la unii, pentru a putea returna o parte din datorii altora. A ajuns la un moment dat

Griffiths (1990,1991,1994,1995), a evaluat pe 50 de jucători adolescenți din Marea Britanie, cu vârsta medie 16,2 ani, care jucau la “fruit machines” consecințele jocului, printre acestea consemnându-le pe următoarele: datoriile, absenteismul şcolar şi frustările. De fapt în această țară, cel mai uzual joc întâlnit la adolescenți este”fruit machines”, nivelul jocului depinzând de timpul alocat zilnic acestuia. Adolescenții jucau din mai multe motive, pentru: distracție, câştig de bani, socializare, “evadare” din alte probleme. Adicția la “fruit machines” şi abuzul de substanțe sunt două componente frecvent întâlnite la adolescenți. În special adulții tineri şi adolescenții alcoolici cu probleme de joc patologic, participau frecvent la pariuri la cursele de cai.Autorul citat a indicat o listă de factori de risc, care includeau: sexul masculin, vârsta (16-25 ani), starea de depresie dinainte şi de excitație din timpul jocului, alte comportamente adictive şi istoricul familial de joc. Semnele de avertisment pentru părinți includeau:

-scăderea performanțelor şcolare;
-shimbările de personalitate;
-lipsa banilor de acasă;
-vânzarea lucrurilor scumpe din casă;
-pierderea interesului pentru alte activități;
-scăderea puterii de concentrare;
-dezinteres pentru problemele de igienă personală.

Într-un alt studiu, tot Griffiths (1998) constata că “fruit machines” este singura formă legală de joc disponibilă în Marea Britanie. Cele mai mari probleme create de aceasta includeau: chiulul, scăderea performanțelor şcolare, comportamentul criminal şi agresiv.

Griffiths, (1999) a studiat timpul petrecut de copii şi adolescenți la loteria națională britanică, constatând că cei care jucau de 1-2 ori pe săptămână nu tindeau să devină adictivi, ca adulți. În anul 2000 , Griffiths a investigat pe un lot de 204 băieți cu vârste cuprinse între 11-16 ani comportamentul de joc la “Scratch cards”,care a devenit popular pentru minorii britanici în ultimii ani. 42% dintre ei, şi-au cumpărat propriile lor cărți de joc, introduse din martie 1995, pe piață. S-a remarcat că părinții în general au cumpărat lozurile şi au influențat comportamentul copiilor. Autorul a observat că adolescenții erau mai predispuşi la joc decât alte categorii de vârstă. De asemenea, a studiat influența tehnologiei (jocuri video, internet), la copii şi adolescenți, ajungând la concluzia că jucătorii erau cei care vizionau mai des şi navigau pe internet.

Griffiths (1989,1990), referindu-se la stadiile referitoare la jocul patologic la adolescenți, remarca faptul că acestea sunt în număr de 3 şi anume:

-stadii directe şi indirecte;

-stadii ale socializării economice;

-considerarea jocului din copilărie, ce va fi un precursor al jocului ulterior.

Aplicând chestionare la 8 adolescenți de sex masculin, care erau dependenți de “fruit machines” şi de alte jocuri mecanice cu monezi, care au început să joace de la vârsta de 11 ani ,nu a putut remarca o asociere între “fruit machines” şi jocurile video. Când copilul intra în grup, se manifesta presiunea grupului, iar apoi continua să joace din plăcere, ajungând treptat la datorii şi chiul. Într-un alt studiu a lui Griffiths (1993) pe19 subiecți cu vârste cuprinse între 16-25 de ani, care erau dependenți de“fruit-machines”, 14 dintre ei se simțeau bine în timpul jocului, iar 11 se simțeau deprimați. În timpul jocului, starea de excitație creştea, cea de depresia scădea, iar după joc, starea de bine scădea, şi cea de rău creştea.

Acelaşi autor a efectuat un studiu în anul 1998 pe un lot compus din 387 adolescenți cu vârste cuprinse între 12-16 ani, care practicau jocuri pe computer. Băieții jucau mai regulat decât fetele, fiind clasificați ca “dependenți”.

Gupta (1996,1997,1998),considera că jocul este o problemă de şansă, care îi face pe adolescenți să se simtă mai importanți şi să-şi asume un risc mai mare, dând exemplul practicării black-jack-ului de către aceştia. De asemenea, afirma că părinții şi alți membrii ai familiei pot reprezenta un model pentru jucător. Dintr-un lot de 477 de copii cu vârste cuprinse între 9 şi 14 ani, 86% jucau cu familia, 75% jucau cu prietenii, 18% jucau singuri, 8% jucau cu străinii. 81% au jucat o dată în viață, 52% săptămânal sau mai des; pe 11% jocul îi făcea să simtă importanți, iar 27% afirmau că au jucat mai mult decât şi-au dorit să o facă, iar 10% se temeau că pot fi prinşi jucând. De aici rezultă că de fapt, comportamentul jucătorilor era în general acceptat din punct de vedere social.

Gupta (1998) într-un studiu efectuat pe adolescenții din Montreal, a constatat că 80,2% dintre aceştia jucaseră în timpul anului în curs,dintre care 35,1% au jucat cel puțin o dată pe săptămână. Vârsta medie de debut era de 11,5 ani. Cei de sex masculin se angajau mai frecvent în jocuri decât subiecții de sex feminin, fiind mai atraşi de loto şi pariuri sportive, iar fetele de loto şi bingo.

terapie medicamentoasă Carbamazepină 3x1 tb/zi şi Tioridazin 1/2 tb/zi, apoi s-a suplimentat schema cu Neuleptil 3x5 pic/zi şi vitamine din grupul B. S-a inițiat şi o psihoterapie individuală inițial suportivă, apoi de factură cognitiv-comportamentală în 5 etape , şi a fost inclus în grupul de psihoterapie pentru tineri şi adolescenți, cu şedințe regulate de 1-2 ori pe săptămână. Grupul de lucru a fost deschis, heterogen ca diagnostic: sindrom discordant în fază de debut, depresii reactive, nevroze cu elemente anxios-depresive, şi a cuprins 6-8 pacienți.

Influența grupului a fost foarte benefică asupra evoluției pacientului prezentat. S-a adoptat metoda psihoterapiei analitice colective, abordându-se problema jocurilor de noroc.

Toți membrii grupului, cu excepția lui, au reliefat rolul hazardului şi imposibilitatea controlului jocului de noroc.

De asemenea, a fost abordată problema relației tată-fiu, pornind de la situația conflictuală existentă între pacient şi tatăl său. Unul dintre membrii grupului, în vârstă de 31 de ani, internat pentru tulburare mixtă anxios-depresiv cu agorafobie, i-a sugerat pacientului faptul că este mai bine să ai un tată chiar şi alcoolic şi brutal, pe care să-l iubeşti aşa cum este, decât să nu-l ai deloc, aşa cum s-a întâmplat în cazul lui, el rămânând orfan de tată de la vârsta de 9 ani. Şi ceilalți membri ai grupului l-au sfătuit să-şi modifice atitudinea față de tatăl său, pentru că nu va avea decât de câştigat. Până la şedința următoare, i-am dat ca temă de casă să-şi noteze momentele în care apare din nou tentația de a juca. La o şedință următoare, adolescentul s-a prezentat împreună cu mama sa, care mi-a confirmat faptul că de atunci nu a mai jucat deloc, fiind totuşi tentat de joc o singură dată, când a intrat în localul respectiv, dar a reuşit să-şi stăpânească impulsul.

Era foarte mândru de realizarea sa, iar în cadrul şedinței psihoterapeutice a fost recompesat prin laude, cu entuziasm de către întreg grupul. De asemenea, şi relațiile sale cu părinții s-au ameliorat foarte mult.

Desigur, exista pericolul recăderilor, de aceea am ținut legătura cu adolescentul timp de 1 an, întâlnindu-ne periodic. El a reuşit să nu mai joace deloc. Această reuşită s-a datorat în mare măsură faptului că tulburarea de joc de noroc a fost surprinsă precoce. La cazurile la care debutul s-a produs în urmă cu peste 3-4 ani, prognosticul este mai rezervat.

Activitatea instinctivă era normală, cu excepția tendințelor toxifilice spre tutun. Instinctul de apărare era uneori exagerat. Sfera de preocupări, interese, era foarte limitată la practicarea jocurilor de noroc, trăind numai în prezent. Afirmativ, dorea să devină mecanic auto, dar nu depunea nici un efort în acest sens. Ritmul nictemeral era nemodificat. Personalitatea era în curs de structurare dizarmonică, cu note instabile – impulsive, intelectul fiind liminar.

Am interpretat cazul ca: Tulburări de comportament dezadaptativ, joc de noroc patologic. Personalitate în curs de structurare dizarmonică, cu note instabile emoțional (F 60.3). DCM - Maladie Scheuerman. Mediu familial conflictual. Slabă adaptabilitate şcolară. Cazul s-a încadrat foarte bine în noțiunea de Joc patologic, atât conform criteriilor DSM III-R, ICD-10, cât şi după 2 scale de evaluare a intensității practicării jocurilor de noroc: The South Oaks Gambling Screen şi conform celor 20 de întrebări ale Asociației Americane a Jucătorilor Anonimi. Astfel, pacientul prezenta 6 din cele nouă criterii ale DSM III-R, 4 fiind suficiente pentru punerea diagnosticului:

1) Subiectul este frecvent preocupat de joc sau încearcă să obțină bani prin joc;
2) Joc frecvent, presupunând mize din ce în ce mai mari, ce se întinde pe o perioadă tot mai lungă;
3) Necesitatea de a creşte miza de pornire pentru a-şi asigura o stare de excitație bună;
4) Pierderi repetate de bani şi tentative de a recâştiga;
5) Sacrificarea unor activități sociale, profesionale importante, din cauza jocului;
6) Continuarea jocului în ciuda incapacității de a achita datoriile.

Satisface de asemenea şi cele 2 criterii ale ICD – 10 din cadrul Tulburărilor de conduită şi ale impulsurilor:

F 63.0. Jocul patologic de noroc:

1) joc de noroc persistent repetat;
2) care continuă şi de multe ori creşte, în ciuda consecințelor nefavorabile, cum ar fi: pedepsele, alterarea relațiilor familiale, perturbarea vieții personale.

Adolescentul a răspuns pozitiv la 12 din cele 20 de întrebări puse de Asociația Americană a Jucătorilor Patologici, peste 7 semnificând joc patologic. De asemenea, a obținut scorul 7 pe scala South Oaks Gambling Screen, mai mare decât 5 fiind patologic.

În cazul lui „Daniel”, având în vedere impulsivitatea pacientului nostru şi aspectul de disfuncție cerebrală minimă, am introdus ca

Hardoon (2001,2002) a evaluat tot în regiunea Montreal comportamentul copiilor pariori. Cei de sex masculin dezvoltau o rată mai mare a acestui comportament comparativ cu fetele.

Acestea aveau o rată mai înaltă a comportamentului de a paria atunci când jucau alături de alte fete decât de băieți. Rezultatele au fost interpretate, punând accentul pe influența colegilor de generație asupra comportamentului jucătorilor, ajungându-se la concluzia că adolescenții şi copiii au risc crescut de a dezvolta comportament de joc, atât cei care practică forme legale, cât cei care practică forme ilegale de joc, 4-8% dintre adolescenți având probleme semnificative de joc, iar 10-15% rămânând la risc.

Într-un alt studiu efectuat tot de Hardoon în anul 2002, pe 2336 tineri, cu vârste de 11-19 ani, în regiunea Ontario din Canada, a fost analizată relația dintre comportamentul jucătorului şi aspectele familiale, emoționale şi sociale. Participanții au completat un chestionar referitor la activitățile de joc, implicarea în acesta, suportul social, performanțele şcolare, dependența de drog şi alcool, problemele emoționale, cognitive, atenționale şi de comportament.

Herman (1998) a studiat percepțiile cognitive ale copiilor care cumpărau bilete de loterie la jocul 6/49. Lotul pe care s-a efectuat cercetarea a fost format din 167 copii ,61 fiind de sex feminin, iar 106 de sex masculin. Copiii relatau rațiunea selecției fiecărui bilet şi aveau dreptul să schimbe numerele în funcție de preferințe. Au existat mici diferențe privind percepția euristică a copiilor. Selectarea preferențială a numerelor apărea tot mai frecvent o dată cu creşterea în vârstă a copiilor. Copiii cu vârste între 9-11 ani prezentau cogniții euristice mai frecvent decât copiii între 12-13 ani. Rezultatele studiului au fost interpretate din perspectiva schimbărilor în dezvoltarea cogniției şi percepției copiilor.

Hollander (2000), studiind prevalența jocurilor la casino şi internet, a constat o creştere a ratei de suicid la jucători şi deteriorarea relațiilor cu familia şi serviciul. De asemenea, mulți dintre jucători aveau probleme cu legea. Perturbările în metabolismul 5-HT pot cauza comportament dezinhibat, iar cele în metabolismul Norepinefrinei, Dopaminei sunt factori de risc pentru comportamentul adictiv. Agenții SSRI (Clomipramina şi Fluvoxamina) pot fi utili în terapie, iar Litiul poate fi util pentru jucătorii cu comportament bipolar. De asemenea, sunt studii care atestă faptul că Naltrexona poate avea efect benefic în terapie.

Autorul citat este de părere că ar fi indicat ca o parte din fondurile generate de industria jocului să fie direcționate spre

facilitățile de tratament, eforturile educaționale şi cercetarea în domeniul neurobiologiei şi tratamentului jocului patologic.

Huxley (1992), investigând efectele jocurilor “fruit machines” pe copii între 11-12 ani şi 14-15 ani din Birmingham,a constatat o corelație ale acestora cu comportamentul deviant.

Ibanez (2003), sublinia faptul că disfuncțiile serotoninergice, noradrenergice şi dopaminergice sunt factori ce contribuie la fiziopatologia jocului patologic de noroc. De asemenea, sunt implicate genele dopaminergice, genele transportoare ale serotoninei şi gena A a MAO.

Ide-Smith a efectuat un studiu în anul 1988 pe 30 băieți şi 20 fete din Anglia, cu vârste cuprinse între 13-14 ani, pe baza unui chestionar, jocul fiind permisiv. 90%dintre copii au recunoscut activitatea de joc, băieții jucând mai des, “slot-machines” fiind jocul cel mai des utilizat la ambele sexe.

Jacobs (1986), afirma că la personalitățile cu adicție, există 2 seturi de factori care le predispun la aceasta: statusul fiziologic actual şi experiențele inadecvate din copilărie. Toate adicțiile se presupune că urmează un curs cu 3 stadii: descoperire, rezistență la schimbare şi extincție.

Johansson (2003) a efectuat în Norvegia o cercetare legată de comportamentul de joc pe un lot format din 2337 subiecți cu vârste între 12-18 ani. Rata răspunsului a fost de 45,2%. 17,6% nu au jucat niciodată, 57,5% au jucat rar, iar 24,9% săptămânal. 36,2% erau de sex masculin, iar 13,1% de sex feminin.

Rezultatele au arătat că 1,76% din subiecți dezvoltau joc patologic (2,79% de sex masculin, 0,69% de sex feminin) şi 3,46% erau la risc. Jocurile mecanice erau cele mai frecvente (81,8%), urmate de pariuri la fotbal (70,8%), loto (68,7%) şi loterie (39,4%).

Kaminer (1999,2002) a studiat comportamentul jucătorilor tineri, incluzând pariuri sportive, jocul de cărți, loterie, curse de animale, joc la casino,constatând faptul că jocul la casino la tineri era pe primul loc datorită restricțiilor legale laxe privind vârsta de acces la jocuri. Analizând comportamentul jucătorilor de vârste tinere, autorul a constat că fetele prezentau mai frecvent tentative de suicid, depresie, comportament opozițional, personalitate de tip B, fiind predispuse la joc şi necesitând tratament psihiatric.

Kassinove (2000) în urma unui studiu pe 318 liceeni privind practicarea jocurilor de noroc în corelație cu consumul de alcool, a constatat că peste 50% dintre aceştia au recunoscut că au jucat

neuro-vegetativă evidențiabilă în timpul examinării, semn Noica pozitiv în special pe stânga.

Examenul EEG a relevat un traseu predominant α, intricat difuz cu unde θ şi δ polimorf, în concluzie un traseu disritmic, încadrabil în DCM.

Examenul psihologic a indicat tulburări de comportament ca un dezechilibru psihologic în principal afectiv şi ca un mijloc de exprimare a opoziției vis-à-vis de autoritatea tatălui. Nivelul intelectual era mediu slab, Q.I. = 85, cu dificultăți de concentrare a atenției.

Examenul psihic. Ca personalitate premorbidă, mama l-a descris ca fiind mai instabil emoțional.

Ținuta de spital era îngrijită, atitudinea sa a fost cooperantă, jovială. Contactul verbal şi afectiv au fost relativ uşor de stabilit, mimica şi pantomima au fost mobile, expresive, era dezinhibat, cu un grad de nelinişte motorie în timpul examinării, manifestat prin frecarea mâinilor, mişcarea picioarelor. Era orientat temporo-spațial, auto- şi allopsihic, cu unele deficiențe privind autoaprecierea. În ceea ce priveşte percepția, acuza dureri la nivelul coloanei dorsale, hipoprosexie, deficiențe minime în memoria de fixare, consecutive deficitului atențional, memoria de evocare fiind bună. Fluxul ideativ era uşor încetinit, conținutul noțional fiind mai modest, cu excepția domeniului jocurilor de noroc în care avea cunoştințe vaste. Operațiile se desfăşurau normal, gândirea era mai superficială, cu unele dificultăți ale gândirii formale. Randamentul şcolar a fost şi era în continuare scăzut, prin dificultățile de concentrare a atenției şi prin lipsa de interes pentru procesul instructiv-educativ. Afectivitatea: instabil emoțional cu alternarea stărilor de veselie cu cele de iritabilitate, slabă toleranță la frustrări; imaturitate afectiv-volitivă; prezenta o capacitate bună de relaționare interpersonală, însă îşi selecta prietenii din rândul celor cu probleme comportamentale. Era egocentric şi avea o mai slabă organizare a sentimentelor etice superioare, inclusiv a celor de responsabilitate şi culpabilitate. Prezenta o insuficientă structurare a motivației, cu hipobulie în desfăşurarea activităților care i-ar fi permis o bună inserție socială. Activitatea motorie era uşor dezinhibată, prezenta note de impulsivitate, neputându-şi stăpâni pornirea spre jocurile de noroc. Comportamentul său era subordonat principiului hedonic, de tip dezadaptativ, cu unele tendințe de structurare sub forma jocului patologic şi a unor manifestări antisociale (furt de acasă).

motive disciplinare. Împreună cu acest grup de prieteni, chiulea de la şcoală, mergând la filme. Mințea şi de aproximativ 6 luni practica jocuri de noroc pe sume de bani din ce în ce mai mari, cu pierderi corespunzătoare. Când câştiga, îşi împărțea banii cu prietenii, făcându-le cinste la restaurant.

A început să fure obiecte din casă: inelele mamei şi ale surorii sale, şi-a amanetat aparatul video, a împrumutat sume mari de bani de la rude, numai cu scopul de a continua practicarea jocurilor de noroc. Avea cunoştințe foarte vaste în acest domeniu, jucând biliard, bingo, poker etc., neglijându-şi tot mai mult îndatoririle şcolare şi familiale. În ultima perioadă, a lipsit şi de acasă mai multe nopți, timp în care a jucat jocurile preferate, față de care simțea o tentație irezistibilă.

Părinții au încercat să-l determine să nu mai joace, atât cu binele (mama), cât şi cu răul (tatăl) care îl bătea regulat, însă fără succesul scontat. Pacientul nu-şi agrea deloc tatăl, despre care afirma că nu-l iubeşte, refuzând identificarea cu el şi alegându-şi ca model prietenii din anturaj. De câteva ori, când s-a întors acasă, mama i-a surprins ”privirea pierdută”, suspectându-l de consumul unor droguri, gen Aurolac, însă adolescentul a negat categoric acest lucru . Cea mai mare sumă pusă în joc pentru o zi a fost 80.000 lei (o sumă semnificativă pentru anul 1994).

Ca planuri de viitor, el dorea să plece în străinătate, să câştige bani, cu care să poată juca în continuare. Datorită comportamentului patern foarte brutal şi primitiv, precum şi a lipsei dorinței de identificare cu tatăl său, exista o lipsă de autoritate a părinților care a făcut să nu se construiască barierele interne care să canalizeze procesele pulsionale şi, care i-ar fi permis o bună adaptare la exigențele anturajului. Aceste bariere neexistând, adolescentul era impulsiv, fiind tentat să-şi consume imediat instinctele şi pulsiunile, în special canalizate înspre jocurile de noroc. Era egocentric, hedonic, căutând să-şi satisfacă imediat capriciile. Uneori, era şi puțin îngrijorat, fiind conştient că excesele lui puteau duce la necazuri imprevizibile.

Examenul somatic a relevat o bună dezvoltare somato-endocrină, corespunzătoare vârstei cronologice. Acuzele sale dureroase de la nivelul coloanei vertebrale dorsale se datorau prezenței unei Maladii Scheuerman, evidențiată şi la examenul radiologic.

Examenul neurologic era în limitele unei disfuncții cerebrale minime (DCM), cu o inegalitate a reflexelor osteo-articulare, distonie

înainte de clasa a IX-a. Câțiva au recunoscut că au consumat alcool în timpul jocului, iar acest lucru era mai frecvent la băieți decât la fete şi creştea în incidență cu vârsta.

Kearney (1996) a studiat pe 109 adolescenți cu vârsta medie de 15,8 ani dintr-un liceu cu profil confesional şi pe 84 adolescenți cu vârsta medie de 15,7 ani dintr-o şcoală de corecție din Las Vegas, comportamentul de joc în casino. Rezultatele au indicat multe asemănări între grupuri, relevând un comportament emoțional şi psihologic comun al jucătorului, indiferent de lot. Mulți aveau părinți care în general aprobau sau nu erau la curent cu problemele de joc ale copiilor. Deci, pentru această situație era responsabilă accesibilitatea la casino şi orientarea familială.

Ladouceur (1996) a analizat pe adulți, adolescenți şi copii din şcoala primară, din Canada şi Statele Unite, comportamentul de joc, constatând că subiecții de sex masculin jucau mai frecvent decât cei de sex feminin, iar prevalența jocului în cele două țări era similară.

Într-un alt studiu a lui Ladouceur (1999), efectuat pe 3426 elevi din licee şi şcoli din Quebec, acesta a constatat că 87% dintre adolescenți au jucat; 77% au jucat în ultimele 12 luni; 13% au jucat cel puțin o dată pe săptămână. De 2 ori mai mulți băieti decât fete jucau săptămânal,procentul jocului patologic a fost de 2,6%.Acelaşi autor (Ladouceur, 1998, 2001) a evaluat atitudinea părinților privind comportamentul jucătorilor tineri (5-17 ani), prin metoda interviului telefonic, luat unui număr de 279 de părinți (25-64 de ani). Rezultatele au arătat că părinții obişnuiau să supraestimeze vârsta la care pariau copiii şi subestimau probabilitatea ca propriul lor copil să fie deja jucător. 86% dintre părinți erau de părere că şcolile erau cele care trebuie să inițieze programe de prevenție. Studiul a mai relevat că părinții obişnuiau să asocieze jocul excesiv cu abuzul de alcool şi substanțe. Părinții erau informați prin mijloace mass-media asupra importanței educației părinților, în cazul jucătorilor. În fine, 84% dintre părinți au recunoscut că ar accepta să cumpere bilete de loterie pentru copiii lor. În concluzie, programele de prevenție pentru joc excesiv la copii ar trebui să includă obligatoriu şi informarea părinților.

Lightsey (2002) a studiat relația dintre: impulsivitate şi stres; respectiv stres şi comportamentul jucătorului, urmărind măsura în care condițiile stresante ar putea facilita jocul la cei cu personalitate impulsivă.

Langhinrichsen (2004), într-un studiu efectuat pe 1846 subiecți, pe baza unor chestionare, a desemnat 5 grupuri de adolescenți în

funcție de intensitatea jocului: non-jucători, non-jucători problemă, jucători la risc, jucători problemă şi jucători problemă probabili. Au fost identificate 2 funcții care variau la cele două grupuri. Prima funcție era liniară, cu jucătorii probabil patologici, care aveau ambii părinți jucători. A doua funcție a evidențiat trei calități individuale în cele două grupuri.

Maden (1992) a investigat pe 404 tineri, cu vârsta medie de19,4 ani, din centrele de corecție şi închisori, natura şi extinderea jocului în mediul lor de viață, ajungând la mai multe concluzii: 48 de subiecți au recunoscut jocul zilnic sau aproape zilnic; 31 au recunoscut că jocul le-a cauzat probleme; 9 aveau tulburări mentale. Jucătorii erau mai susceptibili la comiterea de acte ilegale.

Moore (1999) afirma că există 2 tipuri de control:

a) iluzia controlului;

b) controlul intern al "locusului of control".

Rezultatele cercetării au indicat faptul că jocul patologic era mai puternic asociat cu controlul irațional. Jucătorii patologici tineri credeau că aveau nevoie de bani şi că jocul le va oferi posibilitatea de a-i obține. Ei aveau mare încredere în abilitatea de a manipula şansa şi de a "bate" sistemul.

Tot Moore (2000) a studiat factorii predictori ai jocului la 769 adolescenți, cu vârste cuprinse între 15-19 ani, din Melbourne. Aceştia, cu cât aveau mai mult timp liber, cu atât jucau mai mult. Activitatea din timpul liber era cel mai bun predictor pentru joc. La băieți, timpul petrecut prin socializare şi activități sportive era mai predictiv pentru joc şi de asemenea activitățile desfăşurate cu colegii au fost corelate cu frecvența jocului. La fete, timpul petrecut prin activități de studiu era în detrimentul frecventării jocurilor. La ambele sexe, jocul problemă depindea de frecvența cu care se juca, socializarea putând creşte riscul de joc.

Nower (2004) a analizat relația dintre impulsivitate, căutarea de senzații noi, uzul de substanțe pe un lot de 1339 tineri (637 de sex masculin şi 702 de sex feminin) cu vârste cuprinse între 17-21 ani. Rezultatele au demonstrat că cei de sex masculin, cu probleme serioase de joc se asemănau între ei şi erau consumatori de substanțe, utilizând strategii de căutare de senzații noi, activități de distracție şi folosirea umorului.

În contrast, cei de sex feminin, erau mai angajați în activități adaptative şi strategii de planificare. Utilizarea de substanțe, coping-ul prin distracție şi impulsivitatea erau factori predictori ai jocului

XI. STUDII DE CAZ

XI. 1.Cazul "Daniel"

"Daniel", în vârstă de 16 ½ ani, domiciliat într-un mare oraş transilvan, elev în anul II la o şcoală profesională - profil mecanic auto, s-a internat în Clinica de Psihiatrie Cluj-Napoca, la începutul lunii martie 1994, fiind adus de către mama sa pentru tulburări de comportament (practicarea excesivă a jocurilor de noroc, chiul de la ore, minciuni, neascultare), irascibilitate, obrăznicie - atât la şcoală, cât şi acasă, dureri la nivelul coloanei dorsale. Adolescentul provenea dintr-o familie compusă din 4 persoane: tatăl - angajat al firmei "Caritas S.r.l. Braşov" filiala Cluj, cu alcoolism cronic pe fondul unei personalități dizarmonice, era foarte dur, punitiv cu copiii şi cu soția, aplicându-le deseori pedepse corporale; mama - salariată la o instituție clujeană, cu o structură de personalitate mai fragilă, era foarte îndurerată de situația conflictuală din familia sa. Nu a reuşit să divorțeze de soțul său deoarece acesta a amenințat-o că "o va omorî dacă se desparte de el şi că oricum nu poate scăpa de el"; o fată, sora pacientului, în vârstă de 19 ani, absolventă de liceu, de profesie agent comercial, sănătoasă; 1 băiat, respectiv pacientul nostru, care era al doilea născut la termen, dintr-o sarcină cu evoluție patologică, care a necesitat internare timp de 6 săptămâni pentru iminență de avort la vârsta sarcinii de 3 ½ luni. Dezvoltarea lui psihomotorie a fost mai dificilă decât a surorii sale, în sensul că a început să umble la 1 an şi două luni; la 2 ani a spus primele propoziții cu sens, controlul sfincterian instalându-se la vârsta de 4 ani. Nu a prezentat antecedente personale patologice notabile. A frecventat colectivitatea de copii, grădinița de la 4 ani, având inițial o adaptare mai dificilă cu prezența unei anxietăți de separare, după care adaptarea a fost mai bună. La şcoală a mers de la 7 ani, având o integrare mai greoaie, fiind în general mai neastâmpărat, mai instabil, cu o slabă toleranță la frustrări şi cu un interes mai diminuat pentru procesul instructiv-educativ. A ridicat probleme disciplinare, având nota scăzută la purtare în repetate rânduri, inclusiv în clasele mai mici. Vorbea neîntrebat în timpul orelor, se foia în bancă, era obraznic uneori cu profesorii. Aceste probleme comportamentale s-au accentuat foarte mult în jurul vârstei de 14 ani, când copilul a intrat în clasa a VIII-a. S-a înconjurat de prieteni nepotriviți din punct de vedere comportamental, doi dintre aceştia fiind exmatriculați pe

Pe lângă această terapie cognitivă – corecție cognitivă, de grup sau individuală, se mai poate utiliza şi trainningul pe rezolvare de probleme, trainningul pe dezvoltarea de abilități sociale, un program special pentru prevenția recăderii, oferirea de modalități de coping compensatorii, iar în cazul adolescenților, programe educaționale atât de prevenție cât şi de informare a acestora în legătură cu problemele care pot apărea în urma unei astfel de tulburări.

În concluzie , există destul de puține studii în ceea ce priveşte existența sau, mai mult, eficiența unor terapii care să-i ajute pe jucătorii patologici de noroc. Dar, studiile arată că cea mai eficientă terapie este cea cognitiv-comportamentală, atât cea de grup cât şi cea individuală.

În privința tratamentului medicamentos al jocului patologic de noroc, se citează utilizarea unor inhibitori ai recaptării Serotoninei (de exemplu Clomipramina sau Fluvoxamina), care ar putea fi utili în acest sens . De asemenea, se poate utiliza Carbamazepina, în doze de 8-10 mg/kg.corp/zi în trei prize, care îmbină acțiunea de scădere a impulsivității cu cea ortotimizantă (Lupu,2003),sau Trileptalul (Oxcarbazepina)(Lupu,2008) .

Buchta (1995) , constatând incidența înaltă a jocului patologic de noroc în rândul adolescenților americani, în asociere cu alte conduite adictive, recomandă includerea acestei probleme în programele de intervenție profilactică din cadrul centrelor de sănătate mintală pentru adolescenți. (”Guidance”).

Această sugestie ar fi utilă de aplicat şi în țara noastră, având în vedere marea amploare pe care a luat-o practicarea jocurilor de noroc, mai ales în rândul adolescenților şi tinerilor, în special după 1989.

problemă la sexul masculin, în timp ce la sexul feminin erau mai importanți intensitatea căutării şi impulsivitatea.

Peele (2001) a adoptat modelul consumului de alcool şi de alte droguri pentru a înțelege problemele jocului, ajungând la concluzia existenței unui ciclu între faza de excitație şi evadare, urmată de faza de pierdere şi depresie.

Petry (2001) a investigat prevalența jocului patologic la consumatorii adolescenți de marijuana, pe un lot de 255 persoane (12-18 ani). 22% au experiențiat problemele jocului. Majoritatea erau de sex masculin, de etnie afro-americană şi singuri la părinți. Diferențele între membrii grupului erau derivate din severitatea uzului de droguri, dificultățile din punct de vedere legal, problemele psihiatrice şi de comportamentul derivat din riscul HIV. La jucători era mai frecvent uzul de alcool şi drog (marijuana) decât la non-jucători. Jucătorii patologici aveau parteneri sexuali recenți şi un înalt nivel de victimizare. Autorul a subliniat importanța identificării cât mai timpurii a jocului patologic în rândul adolescenților consumatori de alcool şi substanțe.

Potenza (2001) susținea că în ciuda prevalenței relativ crescute a jocului patologic, bazele neurobiologice sunt puțin cunoscute în comparație cu alte tulburări psihiatrice. Există cauze şi circumstanțe comune ale “adicției” la jocul patologic şi ale abuzului de substanțe (ex: cumpărături compulsive, comportament sexual compulsiv, folosirea compulsivă a computerului). Acelaşi autor (Potenza ,2002) remarca faptul că în ultimii 10-15 ani, s-a constatat o creştere a accesibilității pentru formele legale de joc în S.U.A. şi alte părți ale lumii.

Poulin (2000) a investigat prevalența jocului problemă la adolescenții din provincia Atlanta (Canada) şi a determinat rolul vârstei şi decepției ca potențial factor de risc pentru jocul-problemă. Au fost studiați 13.549 elevi din clasele VII-IX-X-XII prin completatea unui chestionar anonim. Aproximativ 8,2% dintre ei au întrunit criteriile definiției în sensul larg al jocului-problemă şi la risc, iar 3,8% dintre ei întruneau criteriile definiției în sensul mai îngust. Prevalența jocului-problemă nu a variat în funcție de vârstă. Jocurile video au fost cel mai semnificativ asociate cu factorii de risc pentru jocul patologic.

Proimos (1998) a evaluat istoricul, problemele de joc şi comportamentul de risc la adolescenții din clasele terminale din Vermont, S.U.A. Au fost desemnate 13 comportamente țintă de risc corelate cu uzul de substanțe, activitatea sexuală şi violența.

53% dintre subiecți au afirmat că au jucat în ultimele 12 luni, iar 7% au raportat probleme atribuite jocului. În ultimul an, activitatea de joc era semnificativ asociată cu:
-sexul masculin;
-uzul de alcool;
-fumatul;
- consumul de marijuana;
-uzul de inhalante;
-uzul mai rar de steroizi;
-uzul frecvent de droguri ilegale;
-nefolosirea centurii de siguranță;
-conducerea maşinii în stare de ebrietate;
-starea de a fi amenințat;
-portul de armă;
-implicarea într-o bătaie;
-activitatea sexuală precoce.

Următorii factori au fost semnificativ asociați cu problemele pe care jucătorii le aveau în relația cu familia şi cu prietenii: vârsta tânără, sexul masculin, uzul zilnic de marijuana, uzul frecvent de cocaină, uzul frecvent de inhalanți, orice utilizare de steroizi, nepurtarea centurii de siguranță, portul de armă mai mult de 3 zile pe lună, bătăile, anii de când debuta viața sexuală. Comportamentul de risc era asociat cu jocul la adolescenți. Atât jocul cât şi problemele derivate erau asociate cu numărul de comportamente de risc ale adolescenților în manieră graduală. Deci, intervenția trebuie să se axeze pe prevenția acestor factori nedoriți.

Pugh (2000) a studiat prin utilizarea unui chestionar ,pe un lot de 256 copii cu vârste cuprinse între 13-15 ani din Devon (Marea Britanie), comportamentul acestora de joc la loteria online şi la lozurile răzuibile(”scratch-cards”) . 56% dintre ei participaseră la loteria online, iar 54% la “scratch-cards”. Cei mai semnificativi factori care predispuneau la joc au fost: veniturile, participarea familiei la joc, urmărirea programelor T.V. legate de joc, refuzul unui vânzător de a vinde unui copil bilete de loterie. Aceiaşi factori (minus urmărirea programelor T.V.) erau de ascemenea valabili şi în cazul “scratch-cards”.

Purseley (1991) studiind problemele adolescenței, a arătat că disfuncționalitatea familiei, dependența chimică şi problemele jocului patologic au conexiuni foarte strânse.

Raylu (2002) a efectuat un studiu bazat pe literatura de specialitate din sursele consacrate: Medline şi PsycInfo, pornind de

pozitive ale jocului de noroc şi dezavantajele pe care cred pacienții că le vor avea dacă vor renunța la jocul de noroc. Scopul realizării acestor contraste este de a-i ajuta pe participanți să-şi stabilească scopurile şi expectanțele tratamentului.
Tratamentul propriu zis conține *două componente*:

Restructurarea cognitivă. Scopul principal al acestei faze este acela de a corecta credințele iraționale ale pacientului relativ la independența evenimentelor. Această componentă a tratamentului conține aceleaşi faze existente în cadrul terapiei individuale:
-Înțelegerea conceptului de întâmplare;
-Înțelegerea credințelor iraționale pe care le are jucătorul;
-Conştientizarea percepțiilor eronate;
-Corecția cognitivă a percepțiilor eronate.

Prevenția recăderii. Această componentă poate fi asemănătoare cu cea utilizată în cazul alcoolicilor . Se discută cu pacienții posibilitatea recăderii. Aceştia trebuie să învețe să fie conştienți de situațiile de risc şi de gândurile care ar putea să-i ghideze înspre a juca din nou. Participanții trebuie să descrie recăderile pe care le-au mai avut şi, de asemenea, să identifice situații riscante şi credințe iraționale asociate cu aceste situații (de exemplu: ”Dacă joc, voi reuşi să mă controlez” sau ”Azi mă simt norocos”). Astfel, terapeutul îi va ajuta pe participanți să-şi corecteze aceste percepții greşite, care ar putea să-i conducă din nou la dorința de a juca sau la o recădere.

În general, este indicat ca terapeutul să realizeze înregistrări ale şedințelor de terapie pentru a-i fi mai uşor să analizeze cazurile. Bineînțeles, acest lucru se poate face numai dacă are consimțământul tuturor participanților.

Într-un studiu realizat pentru evidențierea eficienței terapiei cognitive de grup, s-a observat că 88% din pacienții jucători patologici de noroc, renunțau la joc nemaiîndeplinind criteriile DSM. Post-teste ale rezultatelor terapiei au scos în evidență că terapia în format de grup are aceeaşi eficiență ca şi cea în format individual (Ladouceur şi colab., 2003). Acest tip de terapie este binevenit mai ales în cazul în care există un grup mai mare de persoane care trebuie tratate. În urma unor follow-up-uri realizate, s-a observat că s-au menținut câştigurile terapeutice, cu excepția unor pacienți care au avut recăderi în decurs de doi ani. De aici, s-a concluzionat că în cazul unor pacienți, ar trebui să se combine terapia individuală cu cea de grup.

3. Conştientizarea percepțiilor eronate.

Jucătorul este informat de faptul că în timpul jocului predomină percepțiile eronate şi este explicată distincția dintre verbalizările adecvate şi inadecvate.

4. Corecția cognitivă a percepțiilor greşite.

Terapeutul corectează verbalizările inadecvate şi credințele iraționale, utilizând o casetă cu înregistrări ale verbalizărilor pe care le-a făcut pacientul în timpul unui joc de noroc imaginar (Ladouceur & colab., 1998).

Jucătorii încearcă să controleze şi să prezică rezultatele jocurilor care sunt, din punct de vedere obiectiv, incontrolabile. Iluzia controlului îi motivează să elaboreze strategii să câştige mai mulți bani. Oricum, tot jocul de noroc este bazat pe impredictibilitatea inerentă a evenimentelor jocului. Deci, prin acest tip de terapie, dacă se corectează percepțiile greşite ale jucătorului şi dacă se poate realiza o înțelegere corectă a întâmplării, atunci motivarea pentru a mai juca ar trebui să scadă dramatic.

După ce s-a realizat terapia cognitivă individual, şi s-a observat existența beneficiilor, s-a pus întrebarea care ar fi rezultatele unei terapii cognitive de grup. Se susține că o modalitate de a îmbunătăți raportul cost-beneficii al tratamentului este ca acesta să se realizeze prin terapie de grup (Ladouceur şi colab., 2003). Cele mai importante elemente ale unei astfel de terapii sunt învățarea observațională şi coerența grupului. De obicei, acest tip de terapie se utilizează cel mai frecvent în tratarea alcoolismului, dar se pare că începe să fie din ce în ce mai folosită şi în tratarea jocului patologic de noroc.

Procedura este, oarecum, asemănătoare cu cea utilizată în cadrul terapiei cognitive individuale. Tratamentul este administrat în format de grup, în şedințe organizate pe parcursul a zece săptămâni, cu o durată de 120 de minute fiecare şedință. Alegerea duratei terapiei se bazează pe studii anterioare realizate pe jucătorii patologici de noroc (Ladouceur şi colab., 1998; Ladouceur şi colab., 2003). Evident, la fel ca în cazul terapiei individuale, terapia de grup se bazează pe dezvoltarea unor percepții adecvate ale noțiunii de întâmplare. În timpul primei întâlniri a grupului, se discută motivația pacienților pentru renunțarea la joc. Participanții trebuie să facă o listă cu avantajele pe care le-ar avea dacă s-ar opri din jucat şi, de asemenea, o listă cu efectele negative ale jocului de noroc. Alături de aceste liste, se mai poate realiza încă una, care să conțină efectele

la premiza conform căreia datorită schimbărilor recente din legislația privind jocurile, accesibilitatea la joc a devenit mai facilă şi astfel a crescut prevalența jocului patologic. S-a constatat că factorii familiali, genetici, sociologici şi individuali (ex: personalitate individului, biochimia, statusul psihologic şi cognițiile), sunt implicați în dezvoltarea şi menținerea jocului patologic. Există la ora actuală 4 arii de cercetare în acest domeniu:

1) neconsiderarea unui joc ca fenomen singular pentru a explica toate fenomenele de joc;
2) particularizarea în funcție de grupuri culturale ;
3) studiile viitoare ar trebui să se adreseze problemelor metodologice în ceea ce priveşte jocul;
4) aproape toată literatura care studiază jocul s-a focalizat pe cauzele debutului jocului.

Se sugerează necesitatea studierii şi a variabilelor care contribuie la stoparea jocului. Acestea din urmă ar fi mai importante din punct de vedere practic.

Tot Raylu (2004) afirma că a existat un gol în literatura de specialitate referitoare la joc, din punct de vedere cultural, sugerând să se ia în considerare variabilele culturale în inițierea şi menținerea jocului. În literatura occidentală despre joc, au fost găsiți factori semnificativi care-i includ pe cei familiali-genetici, sociologici şi individuali.

Riglietta a evaluat în anul 2002 , în zona Milano, prevalența uzului de substanțe psihoactive şi altor comportamente adictive la liceeni (458 subiecți de sex feminin şi 153 de sex masculin), cu o medie de vârstă de 16,4 ani şi le-a comparat cu rezultatele din alte țări, obținând următoarele rezultate:

1) Uzul mai frecvent de cocaină (9%) decât în alte studii europene (0,2% în Finlanda; 4,3% în Spania);
2) Variația uzului de THC (marijuana) de la 3% în Grecia, 41% în Marea Britanie, cu un scor mediu de 18,7% în țările U.E.;
3) Uzul de MDMA, de la 0,2% în Finlanda până la 9% în Irlanda;
4) Scorul înalt al uzului de MDMA în studiul italian, în special la sexul feminin (41%);
5) Frecvența crescută a fumatului la sexul feminin (40,8%), comparativ cu sexul masculin;
6) Frecvența crescută a uzului de alcool;
7) Dificultăți în compararea atitudinii de joc şi a comportamentului de risc.

Rosenthal (1992) afirma faptul că jocul patologic este similar ca definiție şi simptome cu dependența de substanțe,aproximativ 50% dintre jucătorii patologici fiind consumatori de alcool şi/sau droguri. La sexul masculin, tulburarea apare în adolescență, în timp ce la sexul feminin apare mai târziu.

Sanger (2003) a arătat că jocul la adolescenți poate duce la adicție, pentru că acționează sinergic cu gândirea disociativă. Jocul îi "ajută" pe adolescenți să-şi depăşească problemele şi nevoile emoționale. Aceştia încearcă să evite sentimentul de singurătate, neajutorare şi de a se "simți pierduți" prin transă, luptă interioară, decepție, impulsivitate şi comportament nepăsător. Cel mai mare obstacol în terapie este confruntarea tinerilor cu ceea ce încearcă să evite mereu: gândirea integrată.

Schissel (2001) consideră că jocul este o problemă socială şi se corelează cu consumul de alcool şi drog, afectându-i pe cei vulnerabili din cauza marginalizării sociale.

Shaffer (1996,1999,2003) a studiat jocul la adolescenți, ajungând la concluzia că frecvența acestuia la liceeni este de 3 ori mai mare decât la adulți şi riscurile sunt pe măsură.

Cercetarea a fost efectuată pe 7700 de adolescenți, cu vârste între 13-20 ani din S.U.A. şi Canada. Rezultatele au indicat faptul că 9,9% dintre adolescenții americani şi 14,2% dintre cei canadieni erau la risc, iar 4,4%,respectiv 7,4% aveau un comportament compulsiv.

Tot Shaffer (2001, 2002), în urma unei meta-analize efectuate pe 146 de studii de prevalență a jocului patologic din ultimii 25 de ani din S.U.A. şi Canada, a stabilit 3 nivele din punctul de vedere al practicării jocurilor:

-nivelul 3: clinic

-nivelul 2: subclinic;

-nivelul 1: absența jocului.

Cei mai vulnerabili la joc erau tinerii din grup şi populația din închisori. Înțelegerea stadiului subclinic al jocului este importantă pentru sănătatea publică, din perspectivă profilactică.

Skinner (2004), a analizat felul în care văd jocul 103 adolescenți cu vârstă medie de 15 ani. Participanții au raportat forme de joc (pariu), începând de la cel între prieteni, până la cele legalizate: loterie, casino şi adicție. Pariurile dintre prieteni aveau o conotație pozitivă printre adolescenți, contribuind la socializarea acestora, neinteresându-i neapărat câştigul de bani. Internetul era considerat un mod atractiv de accesare a jocurilor în care nu erau implicați banii.

cognitiv-comportamental, alături de frecventarea grupului "Gamblers Anonymous". Doar între 2% - 4% dintre membrii "Gamblers Anonymous" sunt de sex feminin, posibil datorită faptului că jocul de noroc este considerat un şi mai mare stigmat la femei față de bărbați.

Majoritatea pacienților reuşesc să nu mai joace, sau în cel mai rău caz, să adopte un mod controlat de joc. În cursul psihoterapiei, recăderile pot constituit regula, nu excepția.

S-au dezvoltat destul de puține programe pentru a-i ajuta pe jucătorii de noroc şi, mai mult decât atât, studiile controlate sunt foarte rare. Majoritatea programelor sunt amintite în cazul unor studii de caz al unor persoane care suferă de probleme serioase şi în cazul cărora eficacitatea tratamentului nu poate fi măsurată adecvat (Ladouceur & colab., 1998). Pe lângă faptul că studiile nu sunt controlate, o altă limită importantă a programelor de intervenție este că puține dintre acestea se bazau pe teorii care să fi fost validate empiric.

Dacă factorii cognitivi joacă un rol cheie în dezvoltarea şi menținerea problemelor legate de jocurile de noroc, confruntarea şi corectarea acestor probleme ar trebui să reducă sau să elimine comportamentul problematic. Astfel, se presupune că dacă se corectează legăturile percepute eronat între evenimentele întâmplătoare apărute în timpul jocului de noroc, se va reduce semnificativ acest comportament.

Componenta principală a terapiei se bazează pe înțelegerea teoretică a cogniției şi comportamentului în jocul de noroc şi cuprinde aproximativ 20 de ore de terapie, în şedințe săptămânale sau de două ori pe săptămână, de câte 60-90 de minute fiecare (Ladouceur & colab., 1998, 2003).

Intervenția se bazează pe corectarea concepției greşite a subiecților în ceea ce priveşte întâmplarea (Sylvain şi colab., 1997). Această terapie are patru componente:

1. Înțelegerea conceptului de întâmplare.

În această fază, terapeutul explică conceptul de întâmplare, subliniind faptul că fiecare rundă este independentă şi că nu există strategii de control al rezultatului, fiind imposibil de controlat jocul.

2. Înțelegerea credințelor iraționale pe care le are jucătorul.

Această fază se adresează în principal dificultății de a aplica principiul independenței între evenimente întâmplătoare. Terapeutul explică cum iluzia controlului contribuie la menținerea obiceiurilor relaționate cu jocul de noroc şi corectează credințele iraționale pe care le are jucătorul.

Adolescentul este informat asupra posibilității recăderii la practicarea excesivă a jocului, după o anumită perioadă de timp.

Terapeutul trebuie să-l învețe pe jucător să recunoască situațiile de risc, să-l încurajeze, spunându-i că o recădere nu reprezintă o greşeală ireparabilă, ci că reprezintă o dificultate surmontabilă.

În anul 1994, Ladouceur a efectuat un studiu cu privire la eficacitatea terapiei cognitiv-comportamentale la adolescenții cu joc patologic de şansă. Rezultatele au indicat o ameliorarea semnificativă la toți subiecții luați în studiu, aceştia rămânând abstinenți la 1, 4 şi 6 luni de urmărire. Într-un alt studiu, efectuat în anul 1997 în Canada de către Sylvain şi colab., pe 29 de bărbați care îndeplineau criteriile DSM-III-R pentru joc patologic de şansă, s-au constatat modificări pozitive semnificative după aplicarea terapiei cognitiv-comportamentale. Aceste rezultate s-au menținut şi la 6, respectiv 12 luni de urmărire. Se remarcă faptul că, la fel ca şi în cazul altor tulburări adictive, este importantă intervenția cât mai precoce şi în jocul patologic de noroc, sugerându-se extinderea grupurilor de tip ”Gamblers Anonymous”.

Majoritatea terapeuților susțin că faza cea mai importantă în tot acest demers este etapa de menținere a abstinenței şi de luptă contra problemelor de dependență psihică față de joc.

Grupul ”Gamblers Anonymous” este organismul cel mai cunoscut pentru ajutorarea jucătorilor patologici. Fondat în anul 1957 în California, acest grup a adoptat obiective similare celor ale ”Alcoolicilor anonimi”. Abstinența totală reprezintă scopul urmărit de membrii grupului. De altfel, criteriul reuşitei este indicat de 2 ani de abstinență totală.

În Scoția, Stewart şi Brown – citați de Ladouceur ,1993 – au studiat efectele terapeutice ale unui astfel de grup. Ei au arătat că doar 7% dintre ei aveau astfel de rezultate şi că numai 16% dintre participanți frecventau acest grup de mai mult de 2 ani. 22% dintre pacienți nu mai reveneau după prima şedință, iar după 10 şedințe, 70% dintre pacienți au părăsit grupul.

Programul s-a dovedit a fi mai eficace pentru jucătorii cu joc patologic asociat cu probleme familiale interpersonale, profesionale (şcolare) şi financiare. Cei care abandonau grupul erau în general mai tineri, la vârsta adolescenței, mânați de mai multe constrângeri externe decât de o motivație internă de schimbare a obiceiurilor. Având în vedere aceste aspecte, autorii citați mai sus recomandă inițierea concomitentă şi a unei psihoterapii individuale de tip

Spunt în anul 2002 a explorat felul în care jocul patologic este legat de uzul de substanțe, pe 462 de consumatori de Metadonă din New York. S-a constatat că 21% erau jucători patologici, iar 9% erau jucători problemă.

În Minnesota, Stinchfield (1998, 2000) a efectuat un studiu pe 78582 elevi de liceu (clasele IX-XII), pe baza unor chestionare anonime. Majoritatea au afirmat că au jucat în ultimul an, băieții jucând mai mult decât fetele şi cei de vârstă mai mare mai mult decât cei de vârstă mai mică. Frecvența a fost mai mare (săptămânal şi zilnic) pentru americanii mexicani (latini), americanii africani şi indieni, față de cei asiatici şi caucazieni (albi). De asemenea, frecvența a fost mai mare la sexul masculin, la cei care consumau alcool, tutun şi cu activitate sexuală crescută. Majoritatea tinerilor care au jucat nu au prezentat consecințe negative şi jocul era un viciu acceptat în localuri, atât de biserică, cât şi de stat. Pe de o parte, instructorii şi profesorii le arătau elevilor că în viață se reuşeşte prin muncă şi studiu, şi pe de altă parte, loteria le arăta că trebuie doar să aibă noroc pentru a reuşi în viață. Deci, tinerii primeau mesaje contradictorii care le crea confuzie. Stinchfield a ajuns la concluzia că imaginea jocului a suferit o mutație, devenind din ilegal , acceptat social.

Stitt (2000)a făcut un studiu în Universitatea Memphis, pe 420 studenți şi în Nevada, pe 415 studenți, cu privire la eficiența şi suficiența măsurilor de securitate legate de respectarea vârstei jucătorilor.

Tremblay (1998) susținea că jocul este frecvent întâlnit la copii şi adolescenți, dar se ştiu puține lucruri despre factorii care îl inițiază. S-au studiat 51 subiecți de sex masculin şi 51 de sex feminin din grădinițe şi şcoala primară. Copiii au fost învățați să joace un joc în care erau puşi să selecteze chipsuri colorate dintr-un vas. S-a constatat că cei care erau stimulați prin recompense au ales să joace mai îndelung acest joc. La o săptămână după acest joc, copiii adoptau o strategie mult mai bună , cu rapiditate mai mare şi cu mai multe câştiguri.

Vander Bilt (2003) a cercetat problema jocului, între 1980-1990 în cămine şi familii în care jocul era o activitate comună. El a constatat că, copiii proveniți din familii de jucători patologici erau mai expuşi la risc. A fost analizată şi asocierea dintre violența în familie şi discontrolul impulsului.

Villa (1997) a demonstrat corelația dintre prevalența jocului la părinți, nivelul absenteismului şcolar şi activitățile ilegale. Frecvența era mai mare la sexul masculin decât la cel feminin.

Vitaro (1997,1999) a studiat posibilitatea relației dintre impulsivitate în adolescența timpurie şi statutul de jucător în adolescența târzie, pe 754 de băieți, pe baza relatărilor personale şi ale profesorilor obținând următoarele rezultate:

Nejucătorii aveau scorurile cele mai scăzute, jucătorii recreaționali aveau scoruri mai înalte, jucătorii problemă aveau scoruri şi mai înalte, iar cei patologici cele mai înalte. Acest fapt confirmă clasificarea DSM-IV, conform căreia jocul patologic este un deficit de control al impulsului. Cei cu dezinhibiție mai mare erau mai expuşi jocului.

În 2001 ,Vitaro a continuat cercetările, scopul primordial fiind:

1) studierea influenței dintre joc, uzul de substanțe şi delincvență, pe o perioadă de 2 ani, în adolescența medie;
2) urmărirea faptului dacă factorii predictori pentru delincvență şi uzul de substanțe sunt predictori şi pentru joc;
3) studierea faptului dacă aceşti factori comuni au legătură cu antecedentele (impulsivitatea, supravegherea şi prietenii devianți).

Participanții la studiu au fost: între 13-14 ani, analizându-se impulsivitatea şi supravegherea parentală şi între 16-17 ani, pentru joc şi uzul de substanțe.

Impulsivitatea, supravegherea parentală deficitară şi prietenii devianți erau predictivi pentru apariția problemelor comportamentale. A fost demonstrat şi faptul că anxietatea de mică intensitate prezicea în mică măsură jocul patologic, jucătorii fiind mai puțin anxioşi decât nejucătorii.

În 2004 ,Vitaro a mai efectuat un studiu pe 903 băieți, care au fost urmăriți anual în perioada 11-16 ani, fiind împărțiți în 3 grupuri:

a) un grup care juca rar;
b) un grup care juca des;
c) un grup la care debutul a fost tardiv.

Grupul format din vechi jucători şi grupul celor care jucau puțin difereau din punctul de vedere al inhibiției,şi al anxietății în timpul copilăriei şi adolescenței timpurii. De asemenea, difereau din punct de vedere al dezinhibiției- impulsivitate, în timp ce grupul la care debutul era mai tardiv, se situa între primele două grupuri.

Walters (2001) a efectuat o metaanaliză pe familii, studiind rolul factorilor genetici în comportamentul de joc de risc înalt. S-a demonstrat un efect familial mai puternic pentru fiii taților cu joc

jucători cunosc relativ puține lucruri despre substratul acestor jocuri. Trebuie indicat faptul că hazardul este singurul lucru care guvernează jocul, că diferitele ture sunt total indepedente, că nu există nici o strategie care să-l favorizeze pe jucător pe termen lung, că jocul poate declanşa percepții iluzorii asupra controlului, şi că jocul este perceput întotdeauna pentru beneficiul casinoului (stabilimentului).

În această fază, psihoterapeutul îşi va nota concepțiile eronate ale jucătorului.

2. Corecția concepțiilor eronate

Subiectul va fi invitat să utilizeze metoda gândirii cu voce tare (Gaboury & Ladouceur, 1989), care constă în a spune cu voce tare tot ceea ce-şi spune în sinea lui. În continuare, clinicianul îşi însoțeşte clientul la o şedință de joc şi îi înregistrează verbalizările.

Dacă experiența in vivo nu este posibilă, se poate utiliza imageria dirijată, aşa cum se procedează în desensibilizările sistematice. Psihoterapeutul îi atrage atenția pacientului asupra convingerilor sale greşite, asupra predominanței verbalizărilor inadecvate legate de joc. Pacientul va trebui să identifice cel puțin 80% din verbalizările inadecvate. Apoi, urmează corecția şi restructurarea cognitivă uzuală (Blackburn & Cottraux, 1988).

3. Antrenamentul pentru soluționarea problemei jocului patologic

Reprezintă o fază extrem de importantă care comportă 5 etape:

a) orientarea generală asupra jocului;
b) definirea şi formularea problemei;
c) enumerarea soluțiilor potențiale;
d) aplicarea unei soluții;
e) verificarea eficacității.

Pacientul este învățat să-şi aplice acest demers când este în situații delicate (D'Zurilla, 1986).

4. Antrenarea competențelor sociale

Jucătorul învață sub forma jocului de roluri, să refuze cererile care-i sunt adresate, să facă unele comentarii negative şi defavorabile la adresa egalilor săi şi să-şi dezvolte o rețea socială convenabilă.

5. Prevenirea recăderilor

Majoritatea terapeuților susțin că faza cea mai importantă în tot acest demers este etapa de menținere a abstinenței şi de luptă contra problemelor de dependență psihică față de joc.

jocurilor includeau:chiulul, performanțele şcolare scăzute, comportamentul agresiv şi criminal.

Hollander (2000) consemna că accesul crescând la jocuri (casino, internet etc.) se asociază cu alte comportamente adictive şi cu o rată crescută a suicidului. Mulți jucători întrerupeau legătura cu familia şi sfârşeau în sistemul judiciar. Autorul citat considera faptul că educația trebuie să se adreseze țintit segmentului tinerilor cu probleme de comportament, utilizând metodele psihoterapiei cognitiv-comportamentale. De asemenea ar fi necesar ca o parte din încasările provenite din industria jocului să fie dirijate spre programele de prevenție şi tratament.

Korn (1999) a fost şi mai vehement afirmând că este necesară o adoptare a unei perspective publice, având în vedere răspândirea problemelor de joc în America de Nord, în care să se urmărească 4 obiective:

1) Încadrarea programelor care privesc jocul în sistemul de sănătate publică;
2) Plasarea jocului într-o rețea publică de sănătate;
3) Studierea modului în care jocul poate afecta individul, familia, comunitatea;
4) Propunerea unei strategii pentru prevenție şi tratament.

X.3. Psihoterapia cognitiv-comportamentală a jocului patologic de noroc

Autorii canadieni (Ladouceur şi colab.,1993) cu mare experiență în acest domeniu, recomandă psihoterapia cognitiv-comportamentală a jocului patologic, prin asocierea unei terapii individuale şi de grup.

Conform autorilor citați, terapia cuprinde 5 etape:

1) informarea asupra jocului;
2) corecția credințelor eronate privind posibilitatea de control al jocului;
3) ”training-ul” pentru soluționarea problemei cu privire la joc;
4) ”training-ul” competențelor sociale;
5) prevenirea recidivelor.

1. Informare asupra jocului

Această fază inițială vizează informarea jucătorului despre ceea ce înseamnă un joc de şansă şi pe bani. Acest lucru poate părea surprinzător pentru majoritatea clinicienilor, dar cei mai mulți

problemă decât pentru fiicele mamelor cu joc problemă, din punct de vedere al părinților şi s-a constatat o mai mare socializare la joc pentru sexul masculin.

Wardman (2001) a studiat adolescenții cu probleme de joc din America de Nord. Adolescenții băştinaşi aveau probleme mai serioase de joc decât adulții băştinaşi. Populația băştinaşă prezenta joc-problemă în proporție mai mare decât populația nebăştinaşă.

Westphal (1998) constata că expansiunea rapidă a jocului legalizat în S.U.A. necesită o evaluare în special pe populația vulnerabilă, reprezentată de adolescenți. Studiul s-a făcut pe 135 adolescenți din Louisiana, prin utilizarea chestionarului SOGS-R, obținându-se următoarele rezultate:

-în ultimul an, 41% dintre adolescenți aveau probleme minime cu jocul;

-21% erau la nivelul 2, de joc-problemă;

-38% erau la nivelul 3, de joc patologic

S-a constatat că prima experiență de joc era în medie la 11 ani, în timp ce uzul de marijuana şi primul episod de intoxicație cu alcool aparăreau cu 1 an mai târziu.

Acelaşi autor (Westphal, 2000) a mai efectuat o cercetare în Louisiana pe 12066 elevi, în perioada 1996-1997, utilizând SOGS, obținând următoarele rezultate:

-14% din băieți nu au jucat niciodată;

-70% prezentau joc-problemă;

-10,1% prezentau joc-problemă în ultimul an (nivelul 2);

-5,8% prezentau joc patologic în ultimul an;

-16,5% jucau la loto săptămânal sau mai frecvent;

-59% consumau alcool şi droguri ilicite.

În concluzie: asocierea jocului-problemă şi jocului patologic cu uzul de alcool şi marijuana constituie un motiv de a include jocul printre comportamentele de risc comune ale adolescenților.

Winters (2000) a analizat relația dintre implicarea în joc şi uzul de drog. Autorul considerând următorele:

- jocul la adolescenți, ca şi uzul de drog, poate fi o parte “normală” a adolescenței dintr-o perspectivă statistică;

- prevalența jocului-problemă şi a jocului patologic este mai crescută decât tulburările datorate uzului de substanțe;

- din moment ce factorii de risc sunt similari pentru ambele domenii, sunt încă necesare studii pentru clasificarea acestora;

- se impune o analiză mai serioasă a problemelor asociate cu jocul la adolescenți.

Wood şi colab.(2000) au intervievat 24 de tineri din Marea Britanie cu vârste cuprinse între 15 şi17 ani, care jucau la loterie. Aceştia nu vedeau jocul ca pe un act caritabil, ci ca pe o sursă de distracție, de urmare a visului şi ca o bună investiție financiară. Loteria era percepută ca o formă acceptabilă de joc. Într-un alt studiu Wood şi colab. (2002) au analizat percepțiile a 62 de participanți la loterie şi "scratch-cards", cu vârste cuprinse între 11-15 ani şi au constatat că adolescenții erau sceptici asupra şanselor de a câştiga sume mari de bani, în timp ce adulții credeau în noroc. A fost folosită metoda Q-sorts pentru examinarea jucătorilor-problemă.

S-a constatat că există o legătură semnificativă între jocul la copii şi părinți; mulți dintre părinți cumpărau pentru copii bilete de loterie. Aceste activități nu erau considerate forme de joc. 6% din adolescenți au întrunit criteriile DSM-IV pentru joc, majoritatea fiind de sex masculin.

Yeoman (1996) sublinia faptul că adolescenții şi copiii care jucau excesiv la "fruit-machines" erau predispuşi în a se angaja în furturi şi delicte criminale. S-a pus problema dacă există o relație între activitatea criminală şi practicarea acestor jocuri mecanice. Pe o perioadă de 1 an, poliția din Plymouth (Marea Britanie) a cules informații de la 1851 de tineri. 4% dintre crimele juvenile erau asociate cu jocurile mecanice şi s-a constatat că tinerii comiteau crime pentru a-şi procura bani cu scopul continuării jocului.

Zitzow (1996) a studiat comparativ adolescenții americani indieni şi non-indieni,cu vârste cuprinse între 14-19 ani (115 indieni şi 161 non-indieni). Adolescenții americani indieni jucau mai frecvent decât cei non-indieni. Diferența s-ar putea datora trăsăturilor culturale, existând numeroase cazuri în rezervațiile indiene.

III.4. Conceptul de joc-construcție

Evoluția conceptului de joc patologic s-a făcut în paralel cu evoluția separării medicinii de religie. Multe din aspectele legate de comportamentul excesiv de joc au fost privite mult timp timp din punct de vedere moral înainte de a fi abordate de medicină.

În anul 1494, Sebastian Brant a făcut o descriere foarte bună a jucătorului în lucrarea "Corabia nebunilor": "Am găsit de asemenea unii nebuni şi mai nebuni decât alții/ Care nu au o altă plăcere/ Decât zarurile şi cărțile de joc, şi care au iluzia/ Că nu pot trăi/ Dacă trebuie

Tot Ladouceur (2001) a comparat evoluția atitudinii, cunoştințelor şi comportamentului părinților copiilor jucători (din segmentul de vârstă 5-17 ani), utilizând aceeaşi metodă a interviului telefonic, în 1995 şi 5 ani mai târziu, în 2000, în Quebec. În 1995, au fost intervievate 279 persoane, iar în 2000, 213 persoane. Rezultatele au relevat modificări în atitudinea, comportamentul şi cunoştințele părinților privind jocul. De exemplu, s-a îmbunătățit percepția părinților asupra vârstei de debut al jocului la sfârşitul perioadei de 5 ani; părinții asociau mai frecvent jocul cu alte comportamente adictive; ei erau mai mulțumiți de măsurile luate de autorități pentru limitarea accesului la joc.

Dickson (2002) punea întrebarea dacă programele de prevenție pentru consumul de tutun, alcool şi droguri ilicite ar putea fi aplicate şi pentru prevenția jocului, în timp ce Di Clemente (2000) afirma că datorită creşterii accesibilității şi acceptabilității jocurilor în societate a crescut şi numărului de adolescenți afectați. Deşi multe jocuri sunt ilegale sau sunt restricționate de lege, mulți adolescenți găsesc o cale de a juca. Procesul de inițiere în comportamentul problematic este similar cu cel de încetare. La inițiere, se face prevenție, iar la încetare se face tratament.

Felsher (2003) a studiat corelația dintre felul în care părinții înțeleg jocul de loto şi practicarea acestuia de către tineri. Au fost studiați 1072 tineri (10-18 ani) din 20 şcoli din Ontario (Canada). Tinerii au raportat folosirea tuturor tipurilor de bilete de loto. 77% au mărturisit că părinții le-au procurat tichete de loto (50%) şi tichete de sport (23%). Cei cu probleme de joc aveau părinți care participau şi ei mai mult la joc, decât la nejucători. Concluzia a fost că implicarea părinților avea rol în inițierea şi menținerea jocului la adolescenți, rezultând necesitatea implementării programelor de educație.

Griffiths (1995,1998) a urmărit factorii de risc la cei care jucau la "fruit machines"(cea mai răspândită formă de adicție la copii şi adolescenți pentru că este o formă legală disponibilă), stabilindu-i pe următorii: sexul masculin, vârsta 16-25 de ani, tendința de a fi deprimat înainte de joc şi excitat şi irațional în timpul jocului, angajarea în alte activități adictive, obişnuința părinților de a juca. Posibilele semne de alarmă pentru părinți erau: scăderea performanțelor şcolare, schimbări în personalitate, lipsa banilor din casă, vânzarea lucrurilor scumpe, pierderea interesului pentru alte activități, scăderea puterii de concentrare şi dezinteres pentru igiena personală. Cele mai grave consecințe ale practicării excesive a

2. ”Am pierdut mulți bani la jocuri în noaptea trecută, dar în noaptea aceasta, totul se va schimba. Norocul meu se va schimba şi de data asta voi câştiga”.

Comentariul adecvat în acest caz ar trebui să fie: ”Nu voi juca alături de tine în această noapte; nu ai pierdut destul?”.

3. ”Lumea îmi spune că am o problemă cu jocurile de noroc, dar eu mă simt grozav atunci când joc şi nu vreau să mă opresc”.

Comentariul adecvat în acest caz ar trebui să fie: ”Ce ar trebui să fac să-i abat atenția de la jocuri?”.

5. ”Pentru că am cunoştințe atât de vaste despre sporturi, sunt sigur că voi avea mari câştiguri la pariurile sportive, dar după ce am pierdut foarte mulți bani, mi-am dat seama că nu sunt suficiente doar cunoştințele”.

Comentariul adecvat în acest caz ar trebui să fie: ”Mă bucur că ai început să-ți dai seama de realitate”.

6. ”Eu ştiu că jocurile de noroc implică riscuri, dar sunt isteț şi ştiu de am de făcut. Nu trebuie să aştept să devin adult pentru a putea juca”.

Comentariul adecvat în acest caz ar trebui să fie:”Trebuie să existe motive serioase care impun o vârstă legală de la care se poate începe practicarea jocurilor”.

Cote (2003) a studiat atitudinea, cunoştințele şi comportamentul a 597 părinți ai unor copii cu vârste între 5-17 ani .Rezultatele au indicat faptul că cei mai mulți părinți aveau cunoştință de problemele jocului la tineri. Ei tindeau să supraestimeze prevalența jocului la tineri şi să subestimeze probabilitatea ca propriul lor copil să fie jucător.Rezultate similare au fost obținute de către Ladouceur (2004) care a analizat atitudinea părinților privind comportamentul copiilor jucători (5-17 ani), utilizând metoda interviului telefonic , la 279 părinți cu vârste între 25-64 ani. În mod similar, părinții supraestimau vârsta la care copilul paria prima dată şi subestimau posibilitatea ca propriul lor copil să fie jucător. 86% dintre părinți erau de părere că trebuie implementate în şcoli programe de prevenție. Părinții asociau jocul cu alte adicții. 84% din ei au afirmat că ar accepta să cumpere bilete de loterie pentru propriul copil. S-a tras concluzia că programele de prevenție trebuie obligatoriu să includă şi informarea părinților.

să se abțină/ Şi nu încetează să joace ca nişte turbați/ De dimineață până seara.”

Construcția conceptului de joc patologic ca boală a rezultat din abandonarea progresivă a viziunii morale şi religioase, larg răspândită înainte şi înlocuirea treptată a acesteia cu viziunea medicală şi ştiințifică. Cu toate acestea, considerațiile morale au persistat mult timp în clinica medicală. În secolul al XIX-lea, curentul igienist atribuia un rol de ”antreprenori ai moralei” medicilor.

Psihiatria secolului al XIX-lea şi începutului de secol XX a fost marcată de teoria degenerescenței propusă de către Morel în anul 1857. Conform acestei concepții, există indivizi mai vulnerabili din punct de vedere al constituției şi eredității. Această vulnerabilitate este în acelaşi timp fizică, mentală şi morală, fiind agravată de factori externi, cum ar fi: sifilisul, alcoolismul şi toxicomaniile.

Într-o lucrare intitulată ”Jucătorul, schiță psihologică”, apărută în anul 1929, având ca autori pe Dupouy şi Chatatgnon, se asimilează cazurile jucătorilor cu cele ale toxicomanilor. Autorii au făcut o descriere a jocului în 5 etape:

1. Etapa de inițiere: înscrierea într-un cerc de jucători;
2. Etapa de obişnuință, care apare foarte rapid, fiind legată de câştigurile inițiale;
3. Etapa de necesitate, în care subiectul devine ”prizonierul cercului”;
4. Etapa de suferință, în care jocul ocupă locul central în viața jucătorului;
5. Etapa consecințelor sociale, familiale, financiare şi psihologice.

Această descriere este foarte pertinentă şi seamănă mult cu cele actuale, cu deosebirea că insistă foarte mult pe noțiunile de morală, considerând jucătorul ca fiind amoral. Începând cu jumătatea secolului al XX-lea, psihanaliza şi sociologia au modificat aceste puncte de vedere (Venisse şi colab.,2007).

În anul 1957, Edmund Bergler a făcut o descriere a jucătorului patologic comparativ cu jucătorul de ”duminică” în cartea sa ”The psychology of gambling”. Acesta izola 6 criterii pentru jocul patologic, care se apropie mult de definițiile actuale:

1. Jucătorul trebuie să joace regulat;
2. Există un optimism nejustificat, deşi apar eşecuri repetate;
3. Jucătorul nu se poate opri niciodată când câştigă;
4. Acesta ajunge să-şi asume riscuri tot mai mari, depăşind intențiile sale inițiale;

5. Există la jucător o trăire de ”thrill”, de suspans, în acelaşi timp plăcută şi dureroasă. Jucătorul va încerca de fiecare dată să regăsească această senzație, ceea ca se suprapune peste sintagma ”craving for thrill”.

În afara acestor descrieri clinice, diferiții autori au fost interesați şi de evoluția jucătorului. Se admite la ora actuală că jucătorul patologic evoluează în 3 faze derulate pe parcursul a 10-15 ani (Custer, 1984).

Prima fază este cea de câştig, în care are loc intrarea în joc, jucătorul fiind plin de speranțe. Se poate vorbi de aşa numita ”lună de miere”, care poate dura de la câteva luni, la câțiva ani, foarte asemănător cu situația întâlnită la subiecții dependenți de substanțe psihoactive. A doua fază este cea de pierderi, în care apar eşecurile, dar jucătorul continuă să joace ”pentru a se reface”. A treia fază este cea de disperare, în care subiectul prezintă numeroasele consecințe ale jocului. Această viziune asupra jocului contribuie la integrarea acestuia ca entitate morbidă cu evoluție cronică, progresivă.

III.5.Jocul patologic în clasificările internaționale

Jocul patologic a fost inclus în clasificările internaționale începând cu anul 1980, o dată cu apariția DSM-III (APA, 1980). Subiecții cu personalitate antisocială erau excluşi de la diagnostic, accentul punându-se pe caracterul compulsiv şi impulsiv al tulburării, descris ca fiind progresiv, invadând întreaga viață a subiectului. Apoi, în 1987, în DSM-III-R (APA, 1987), jocul patologic a fost clasificat la capitolul ”Tulburările controlului impulsului”, alături de cleptomanie, tricotilomanie şi tulburarea explozivă intermitentă. Toate aceste comportamente sunt caracterizate de repetarea lor la modul impulsiv, fiind precedate de un sentiment de tensiune internă şi de culpabilitate secundară. La ora actuală, în DSM-IV (APA, 1994) şi în DSM-IV-TR (APA, 2000), jocul patologic este definit după 10 criterii, 5 dintre acestea fiind suficiente pentru validarea diagnositcului.

Aceste criterii DSM sunt unanim recunoscute în literatura internațională. Printre instrumentele diagnostice mai poate fi utilizat: ”South Oaks Gambing Screen”- SOGS (Lesieur & Bloome, 1987), care este un autochestionar specific jocului patologic, fiind concordant şi cu criteriile DSM. Acestă abordare pe criterii diagnostice este concentrată pe simptome şi pe consecințele acestora în toate domeniile vieții jucătorului. Această culegere permite regruparea într-

Afirmația 1: Cu cât joc pe mai mulți bani, cu atât îi voi impresiona mai mult pe prietenii mei.
Răspuns corect: irațională.

Afirmația 2: Sunt prea tânăr ca să devin dependent de jocuri.
Răspuns corect: irațională.

Afirmația 3: Ştiu că oricine joacă, poate să dezvolte eventual joc patologic.
Răspuns corect: rațională.

Afirmația 4: Prin calculul atent al probabilităților, sunt sigur că voi deveni bogat jucând poker.
Răspuns corect: irațională.

Afirmația 5: Jocul mă ajută mai mult să-mi uit problemele decât dacă aş consuma droguri.
Răspuns corect: iratională.

Afirmația 6: Cu cât joc mai mult, cu atât voi deveni mai bun, practica fiind singura cale care te ajută să învingi sistemul.
Răspuns corect: irațională.

Afirmația 7: Pentru că am cunoştințe vaste legate de sport, îmi va fi uşor să câştig la pariuri sportive.
Răspuns corect: irațională.

Afirmația 8: Deşi sunt o persoană destul de norocoasă, jocurile de noroc rămân destul de riscante pentru mine.
Răspuns corect: rațională.

O altă variantă de chestionare a adolescenților aflați în program educativ profilactic cuprinde variantele de răspuns ale unui prieten adevărat, bine intenționat legate de riscurile jocurilor de noroc (Gupta şi colab.,2006).

Exemple de astfel de comentarii adecvate:

1.” Eu joc mult şi îmi asum riscuri mari. Prietenii mei mă admiră datorită acestui lucru.”

Comentariul adecvat în acest caz ar trebui să fie: ”Ar trebui să fii mai atent şi ar fi bine să nu mai joci.”

b) Pentru fiecare leu introdus în joc, câştigi 1,92 lei;
c) Pentru fiecare leu introdus, pierzi 0,08 lei.

Răspuns corect; c).

35. Adolescenții nu pot dezvolta dependență deoarece:

a) Adicția necesită mai mulți ani pentru a se dezvolta;
b) Este ilegal pentru ei să joace;
c) De fapt, ei pot dezvolta o adicție.

Răspuns corect: c).

36. Oamenii care împrumută bani pentru a juca:

a) Au prieteni foarte buni;
b) Au dificultăți în a-şi controla jocul;
c) Vor deveni bogați.

Răspuns corect: b).

37. Studiul matematicii te poate ajuta la:

a) Promovarea cu succes a unui test la matematică;
b) Urcarea unui munte;
c) La transformarea într-un bun jucător de noroc.

Răspuns corect: a).

38. Când se aruncă un zar, şansa ca să iasă cifra 6 este:

a) Mai mare decât de a ieşi cifra 1;
b) Mai mică decât în cazul cifrei 4;
c) La fel ca pentru cifra 5.

Răspuns corect: c).

Tot în cadrul acțiunii de profilaxie a jocului patologic în rândul adolescenților, este foarte important să li se transmită mesajul conform căruia practicarea jocurilor nu este o modalitate adecvată de a-i impresiona pe prieteni şi pentru a fi respectat de aceştia şi că respectul derivă din ceea ce reprezintă şi nu din imaginea pe care încearcă să şi-o creeze angajându-se în activități de înalt risc. Acest deziderat poate fi atins prin încurajarea gândirii independente în luarea deciziilor.

Adolescenții pot fi chestionați în legătură cu diverse aspecte: respectul, rezistența la presiunea grupului şi imaginea de sine pozitivă. Ei pot decide care dintre următoarele afirmații este rațională sau irațională (Gupta şi colab.,2006):

o entitate morbidă precisă, dar comportamentele umane sunt complexe şi jocul patologic este adesea o etichetă insuficientă pentru pacient.

III.6.Jocul patologic ca adicție fără substanță

La ora actuală, adicțiile sunt considerate ca forme de patologie de legătură, cadrul lor lărgindu-se progresiv, începând cu dependențele de alcool şi droguri şi mergând până la dependențele fără substanțe.

Goodman a stabilit în anul 1990 o listă de criterii ale adicțiilor cu, sau fără substanțe. Acestea sunt următoarele:

A. Imposibilitatea de a rezista impulsului de a efectua tipul respectiv de comportament;
B. Senzația crescătoare de tensiune precedând debutul comportamentului;
C. Plăcere sau satisfacție în timpul derulării comportamentului;
D. Senzația de pierdere a controlului în timpul desfăşurării comportamentului;
E. Prezența a cel puțin 5 din următoarele următoarele criterii:

1. Preocuparea frecventă a subiectului în domeniul comportamentului sau al pregătirii lui;
2. Intensitatea şi durata episoadelor este mai mare decât cea dorită inițial;
3. Tentative repetate de a reduce, controla sau abandona tratamentul;
4. Timpul alocat pregătirii episoadelor sau întreprinderii acestora este foarte important;
5. Frecvență mare de apariție a episoadelor atunci când subiectul ar trebui să-şi îndeplinească obligațiile profesionale, şcolare, familiale sau sociale;
6. Activitățile sociale, profesionale sau recreative majore sacrificate datorită comportamentului;
7. Perpetuarea comportamentului în ciuda faptului că subiectul ştie că-şi cauzează sau agravează o problemă de ordin social, financiar, psihologic sau fizic;
8. Toleranță marcată: nevoia de creştere a intensității sau frecvenței pentru a obține efectul dorit sau diminuarea efectului produs de comportament la aceeaşi intensitate.

F. Agitație sau iritabilitate în cazul imposibilității de a efectua comportamentul respectiv.

Adicțiile sunt tulburări transnozografice, reunind atât dependențele de substanțe, cât şi pe cele aşa-zis comportamentale, cum ar fi: conduitele anorexice şi\sau bulimice, jocul patologic.

În ceea ce priveşte jocul patologic, unele elemente descriptive şi diagnostice sunt superpozabile celor din cazul substanțelor psihoactive (Valleur şi Bucher, 2006):

1. excesul cantitativ;
2. pierderea controlului şi accentuarea problemelor;
3. echivalentul unui sevraj la stoparea comportamentului;
4. funcția de automedicație a comportamentului de dependență;
5. subiectul devine prizonier, fiind alienat de propria lui dependență.

Existența punctelor comune între diferitele dependențe îl face pe subiect să poată trece de la un obiect la altul al dependenței pe parcursul vieții, ca un fel de autosubstituție al unui produs cu altul. Şi jocul patologic se înscrie în această posibilitate de evoluție.

Conform lui Lesieur şi Blume (1993), printre subiecții aflați în tratament pentru dependență de alcool şi/sau droguri, există între 9-14% jucători patologici. Pe de altă parte, studiile realizate pe comunități de subiecți din rândul populației de jucători patologici, indică faptul că în jur de 50% dintre aceştia abuzează de alcool sau de alte droguri (Hall & colab., 2000).

III.7.Studii efectuate cu diferite instrumente de evaluare

Clarke (2000) a efectuat un studiu în Noua Zeelandă, pe tineri cu vârste cuprinse între 15-24 ani, pe baza chestionarului SOGS. În adolescență, tinerii jucau pentru bani, cel puțin o dată pe săptămână, 18% jucând în mod regulat. Cheltuielile cele mai mari le aveau participanții la bingo, loto şi jucătorii din casinouri. S-au consemnat 13% jucători-problemă şi 5% jucători patologici.

Într-o metaanaliză, privind incidența jocului la adolescenți efectuată de către Shaffer şi Hall (1996), s-a ajuns la următoarele concluzii:

-Între 77% şi 83% dintre adolescenți erau angajați într-o formă de joc, între 9,9-14,2% rămâneau la risc,iar 4,4-7,4% dintre aceştia dezvoltau probleme serioase de joc. Diferențele de prevalență se datorau metodelor diferite de măsurare şi evaluare.

29. Oamenii care au încredere în propria persoană sunt:

a) Mai puțin predispuşi să practice jocuri de noroc pentru a se simți speciali;
b) Au performanțe şcolare mai slabe;
c) Sunt mai pesimişti.

Răspuns corect: a).

30. La fiecare joc de noroc care are loc într-un Casino, şansele de câştig sunt totdeauna în favoarea:

a) Casei (Casinoului);
b) Jucătorului;
c) Depinde de joc.

Răspuns corect: a).

31. Posibilitatea de câştig la Bingo este îmbunătățită de;

a) Practică;
b) Rapiditate;
c) Noroc.

Răspuns corect: c).

32. Care dintre următoarele răspunsuri referitor la jocul cu monezi ”cap-pajură” este adevărat:

a) După 50 de aruncări ale monedei, este posibil să prevezi rezultatul la următoarea aruncare;
b) După 50 de aruncări ale monedei, rămân tot 50% şanse ca moneda să cadă pe față cu ”capul”;
c) După ce moneda a căzut de 4 ori pe fața cu ”pajura”, creşte posibilitatea ca următoarea dată să cadă pe fața cu ”capul”.

Răspuns corect: b).

33. Care dintre următorii jucători de Casino este cel mai bun:

a) Cel care se roagă în timp ce joacă;
b) Cel care are mare experiență în jocul de cărți;
c) Cel care joacă fără să creadă că există o strategie anume pentru a câştiga.

Răspuns corect: c).

34. Când la un joc mecanic (”slot machine”), se returnează 92% din suma mizată, aceasta înseamnă că:

a) Ai 92% şanse să devii bogat;

23. Care din următoarele activități de joc pot să ducă cel mai frecvent la adicție?

a) Bingo;
b) Accesarea terminalelor de video-loterie sau a aparatelor de video-poker;
c) Loto.

Răspuns corect: b).

24. O persoană care este la cel mai mare risc, poate deveni:

a) O persoană populară la şcoală;
b) O persoană afectată, cu probleme serioase;
c) O persoană care este incapabilă să studieze pentru un examen.

Răspuns corect: b).

25. Care din următoarele concepte pare a fi cel mai ridicol?

a) Să fii capabil să controlezi starea vremii;
b) Să fii capabil să controlezi rezultatele jocurilor de noroc;
c) Ambele sunt la fel de imposibile şi ridicole.

Răspuns corect: c).

26. Care din următoarele activități presupun cel mai înalt grad de îndemânare şi de control din partea jucătorului?

a) Biliardul;
b) Loto;
c) Jocul de cărți, cum ar fi pokerul sau black-jack-ul.

Răspuns corect: a).

27. La fiecare joc de noroc, există totdeauna:

a) Posibilități, care nu sunt în favoarea ta;
b) Mai mulți care pierd decât care câştigă;
c) Ambele răspunsuri sunt corecte.

Răspuns corect: c).

28. Cei mai de succes oameni în viață sunt cei care:

a) Au încredere în propriile lor capacități;
b) Sunt norocoşi şi n-au nevoie de pricepere;
c) Au carismă.

Răspuns corect: a).

Au fost studiați 980 de adolescenți prin 3 măsurători: SOGS, DSM-IV, cele 20 întrebări ale Jucătorilor anonimi din S.U.A.(GA-20). DSM-IV s-a dovedit a fi cel mai conservator, identificând doar 3,4% jucători patologici,în timp ce SOGS a identificat 5,3%, iar cele 20 de întrebări au identificat 6% dintre adolescenți ca având probleme de joc. Gradul de concordanță între aceste măsurărtori, diferențele şi sistemele de clasificare sunt în continuare discutabile.

Derevensky (2003,2004) sublinia faptul că jocul la adolescenți şi adulți rămâne o formă de divertisment cu consecințe serioase. De aceea sunt esențiale programele de prevenție şi tratament, bazate pe utilizarea unor instrumente adecvate de evaluare a jocului.

Fisher (1992) a cercetat jocul patologic la adolescenți utilizând criteriile DSM-IV ale jocului patologic la adulți, adaptate vârstelor între 11-16 ani. Acei copii care erau definiți ca jucători probabil patologici conform DSM-IV-J Index, erau mai posibil să fie implicați în comportamente asociate cu dependența, decât cei din grupul de control. DSM-IV s-a dovedit a fi un instrument valid pentru diagnosticul jocului patologic la copii.

Tot Fisher (1995) care elaborase în anul 2000 o versiune a DSM-IV-J pentru tineri: (DSM-IV-MRJ), pe baza unor date psihometrice pe care le-a adaptat la jocul la adolescenți,
a investigat comportamentul a 467 elevi adolescenți care jucau "arcade video games" în Marea Britanie, punând la punct o scală validă pentru evaluarea specifică a acestui comportament.

Griffiths (1993) a studiat aspecte psihofiziologice la 30 de adolescenți de sex masculin, jucători la "fruit-machine", urmărindu-le frecvența cardiacă. Au fost constituite 2 loturi de jucători: regulați şi neregulați. Rezultatele au arătat că nu existau diferențe ale frecvenței cardiace la jucătorii regulați şi neregulați în timpul jocului, la amândouă grupurile existând o creştere a frecvenței cardiace, de aproximativ 22 de bătăi pe minut. S-a constatat că frecvența cardiacă a jucătorilor ocazionali nu descreştea semnificativ după joc, în timp ce la jucătorii regulați scădea. A fost primul studiu care a măsurat obiectiv toleranța la joc.

Hardoon (2003) a aplicat la 80 de participanți, cu vârsta medie de 18,6 ani, chestionarele DSM-IV-J(uveniles), SOGS-RA şi GA-20. Rezultatele au relevat că cele 3 instrumente au identificat între 3,4-5,8% jucători patologici probabili deşi doar 1,11% se încadrau pe ei înşişi în această categorie. 3,3% din lotul de studiu se considerau pe ei înşişi jucători problemă ,iar 66% se considerau jucători "sociali". În concluzie, este posibil să existe o supraestimare a ratei prevalenței şi o subestimare a severității problemelor de joc.

Jacques (2003) a subliniat faptul că prevalența jocului la tineri poate fi influențată şi de felul în care sunt înțelese întrebările din SOGS şi DSM-IV MRJ.

În 1992, Fisher a propus 9 criterii-DSM-IV-J pentru diagnosticul jocului patologic, propunând 12 întrebări, pentru a identifica prezența acestor criterii.Unii cercetători au folosit incorect aceste întrebări, în loc de cele 9 criterii. Astfel, a apărut o supraestimare relativă a prevalenței jocului patologic la tineri.

Ladouceur (2000) a investigat cu ajutorul SOGS prevalența jocului de noroc, arătând că datorită celor care nu înțeleg complet semnificația itemilor, se ajunge la scoruri diferite la această scală. S-au raportat rezultatele a 3 studii efectuate pe copii, adolescenți şi adulți ajungându-se la concluziile următoare :

1) participanții n-au înțeles corect câțiva itemi din SOGS;
2) jucătorii problemă şi cei patologici erau înclinați să interpreteze itemii mai incorect decât non-jucătorii problemă;
3) clarificarea itemilor descreştea numărul de jucători problemă sau probabili.

Lange (2001)a cercetat pe baza unor chestionare stilul şi frecvența de joc în cazul mai multor studenți. Cei care jucau de 2 ori mai mult decât ceilalți, se considerau pe ei înşişi ca fiind non-jucători. Biletele de loto şi lozurile răzuibile(“scratch-tickets”) nu erau considerate de către ei ca fiind joc. Casinoul, cursele de câini, bingo, meciurile de fotbal, golf, poker, erau mai corect percepute ca joc decât celelalte, mai ales de cei care le frecventau. La fel, cei care jucau zaruri, video-poker, sau pariau la luptele între cocoşi sau câini, se identificau pe ei înşişi ca jucători.

Langhinrichsen (2004) a investigat comportamentul de joc pe 1846 elevi, cu ajutorul chestionarului SOGS stabilind 5 grupuri, prin utilizarea unor criterii demografice, individuale şi familiale :

1) non-jucători;
2) jucători non-problemă;
3) jucători la risc;
4) jucători patologici;
5) jucători posibil patologici.

Jucătorii probabil patologici, raportau: practicarea jocurilor şi de către părinți, presiunea colegilor din grup, consumul de alcool, tentativele de suicid, consumul de droguri,majoritatea fiind de sex masculin. Calitățile individuale îl determinau pe subiect să fie jucător probabil patologic sau din contră, non-jucător.

c) Să ceară ajutor de specialitate.

Răspuns corect: c).

18.Faptul că jocurile de noroc nu pot dezvolta adicție este:

a) Adevărat, deoarece nu afectează corpul, aşa ca drogurile;
b) Adevărat, deoarece ar fi considerate ilegale dacă ar cauza astfel de probleme;
c) Fals, deoarece jocurile de noroc sunt foarte adictive.

Răspuns corect: c).

19.Cea mai bună şansă de a câştiga la loto este:

a) De a folosi numerele câştigătoare de la extragerea precedentă;
b) De a folosi numerele tale norocoase;
c) În visul tău.

Răspuns corect:c).

20.Cine este mai în măsură să câştige la pariurile sportive:

a) Un matematician;
b) Un fan ”înfocat’
c) Amândoi.

Răspuns corect: c).

21.Care este cea mai bună definiție a jocului de noroc?

a) Activități de joc cu scopul de a câştiga bani;
b) Tot ceea ce implică asumarea de riscuri;
c) Parierea unor sume de bani sau obiecte în timpul jocului.

Răspuns corect: c).

22. Cine are cel mai mare risc de a dezvolta joc patologic de noroc?

a) O persoană care joacă în fiecare săptămână cu prietenii săi;
b) O persoană care joacă pentru a se simți bine şi care joacă pentru a se simți bine şi pentru a uita de problemele sale;
c) O persoană care caută excitația.

Răspuns corect :b).

12.La ce vârstă este legal să joci la loto?

a) Oricine poate cumpăra bilete de loto, indiferent de vârstă;
b) Numai adulții pot cumpăra bilete de loto;
c) Peste 25 ani.

Răspuns corect: b).

13.Dacă cumperi un loz în plic răzuibil în valoare de 3 RON, iar acesta îți oferă şansa să mai tragi un loz gratuit, care este necâştigător, iar apoi mai cumperi un loz răzuibil de 2,5 RON, care îți oferă posibilitatea de-a mai extrage gratis un loz de aceeaşi valoare, care se dovedeşte necâştigător, cum interpretezi acest lucru?

a) Excelent;
b) Am pierdut 3 RON;
c) Am pierdut 5,5 RON.

Răspuns corect: c).

14.Folosind de fiecare dată aceleaşi numere la loto, la fiecare extragere, aceasta înseamnă că tu ai:

a) Şanse mai mici să câştigi jack-potul;
b) Şanse nici mai mici, nici mai mari să câştigi jack-potul.
c) Ai şanse mai mari să câştigi jack-potul.

Răspuns corect: b).

15.Pentru a fi un jucător înțelept, trebuie să:

a) Exersezi;
b) Ai nevoie de o strategie bună;
c) Să fii foarte atent şi să îți stabileşti limitele.

Răspuns corect: c).

16.Un descântec norocos te poate ajuta la:

a) Promovarea cu succes a unui examen;
b) Câştigul la bingo;
c) Nimic

Răspuns corect: c).

17.Dacă cineva are probleme cu jocul de noroc, trebuie să:

a) Încerce să renunțe la ele de unul singur;
b) Să ascundă problema de ceilalți, deoarece nimeni nu ar putea să-i înțeleagă;

Neighbors (2002) a studiat comportamentul de joc, în cazul a 560 de studenți, pe baza GQPN (Gambling Quantity Perceived Norms Scale), GPI (Gambling Problem Index) şi GRTC (Gambling Readiness to Change Questionaire). Rezultatele obținute cu aceste chestionare diferite au fost concordante.

Pelletier a evaluat în anul 2004 adolescenți cu vârste cuprinse între 12-15 ani, pe baza criteriilor DSM-IV-MR-J, comparativ cu un grup de control. S-a constatat că 22% din itemii chestionarului erau înțeleşi greşit, punându-se problema validității DSM-IV-MR-J.

Petry (2003) a adaptat ASI (Addiction Severity Index) pentru evaluarea severității problemelor jocului, studiind 597 de jucători patologici care urmau tratament, jucători patologici care erau la începutul tratamentului, jucători ca divertisment şi consumatori de substanțe. A fost utilizată subscala ASI-G (gambling). S-a constatat o concordanță foarte bună cu alte măsurători referitoare la joc. Scorul ASI-G era înalt în prima lună pentru consumatorii de substanțe care nu urmau tratament pentru problemele de joc. Pentru cei care urmau tratament, s-a constatat reducerea scorului ASI-G. Deci, subscalele ASI-G pot fi instrumente utile pentru evaluarea severității problemelor de joc.

Poulin (2001) a aplicat chestionarul SOGS la 13.549 elevi din şcolile din Canada. Concluzia a fost că deşi corelația dintre joc, abuzul de alcool şi droguri era statistic semnificativă, din punct de vedere clinic, corelația era nesemnificativă.

Raylu, (2002, 2004) consemna faptul că având în vedere răspândirea fenomenului jocurilor de noroc, studiile viitoare vor lua în considerare următoarele aspecte:

1) Jocul nu poate fi considerat un fenomen singular;
2) Studiile recente au fost efectuate în special în țările vestice şi ar trebui extinse şi în alte zone geografice;
3) Cercetările viitoare se vor axa şi asupra metodologiei de studiu pentru joc;
4) Vor trebui precizate nu doar cauzele pentru care oamenii încep să joace, ci şi cele pentru care încetează jocul.

Shaffer (1996) a studiat 7700 adolescenți cu vârste între 13-20 ani, din punct de vedere al problemelor legate de joc. S-a constatat că între 9,9%-14,2% dintre adolescenți dezvoltau probleme compulsive.

Steenbergh (2002) a utilizat GBQ (Gamblers' Beliefs Questionnaire) pe 403 adulți, găsind 2 factori comuni: noroc/perseverență şi iluzia controlului.

Stinchfield (2002) a studiat corelația dintre SOGS şi DSM-IV, constatând că este satisfăcătoare, criteriile de diagnostic din DSM-IV pentru jocul patologic fiind valide.
Criteriile de diagnostic tind să fie mai îngăduitoare când studiul este efectuat pe adolescenți.

Strong (2003) a utilizat 6 itemi din SOGS. Un scor de 1, însemna probleme potențiale pentru joc; 2 însemna probleme cu jocul; 3 sau 4 însemna probleme evidente şi pentru cei din jur; iar 5 sau 6 însemna probleme severe, cu implicații financiare.

Wiebe (2000) a studiat 1000 adolescenți de ambele sexe, cu vârste între 12-17 ani fiind observate tendințe de supraestimare pentru unii itemi (de exemplu: cei care jucau mai mult decât doreau, manifestau părere de rău în legătură cu sumele cheltuite) sau de subapreciere pentru alții (de exemplu: cei care erau criticați sau cei cărora li se spunea că aveau o problemă). Au fost sugerați 2 factori care trebuie luați în considerare: controlul asupra jocului şi consecințele jocului.

III.8.Delimitarea dintre jucătorul moderat sau ”social” şi jucătorul excesiv sau patologic

Conform lui Kusyszyn (1972), se pot distinge următoarele categorii de jucători:

a) Jucătorii sociali

Din această categorie fac parte jucătorii ocazionali, regulați, dar pentru care jocul ocupă un loc limitat în cadrul celorlalte distracții. Cea mai mare parte a jucătorilor „sociali” sunt conştienți de mica probabilitate de câştig; îşi pot controla comportamentul şi joacă moderat. Bugetul jocurilor se integrează în bugetul general, ca şi celelalte distracții. Această categorie este vastă şi heterogenă, regrupând subiecți care nu joacă decât rar la casino, în vacanțe şi pe cei care practică jocurile de tip ”loz în plic” sau loto. Punctul lor comun este noțiunea de plăcere şi de divertisment.

b) Jucătorii profesionişti

Această categorie este formată din subiecți care joacă profesionist, la fel cum o fac sportivii în competiții. Este vorba despre jocuri în care este importantă şi intervenția jucătorului, nu numai cea a hazardului, cum ar fi de exemplu jocul de poker. Edmund Bergler

6.Care din următoarele actvități nu este o formă de joc de noroc?

a) Participarea la pariuri sportive;
b) Jocul cu cărțile de poker;
c) Cumpărarea de bilete de loterie.

Răspuns corect: b).

7. Dacă cheltuieşti 3 RON pe un loz în plic răzuibil şi câştigi încă un loz, cât este câştigul efectiv?

a) Pierdere de 3 RON;
b) Câştig de 3 RON;
c) Nimic.

Răspuns corect: c).

8.Este vorba de implicare în joc potențial problemă dacă:

a) Îți poți permite să pierzi bani;
b) Ai nevoie să câştigi rapid bani;
c) Dacă ai o strategie sigură de a câştiga.

Răspuns corect: a).

9.Când participi la un joc de noroc poți controla:

a) Rezultatul final;
b) Evoluția jocului, nu şi rezultatul final;
c) Nimic.

Răspuns corect: c).

10.Cel mai bun indicator al faptului că un adolescent are serioase probleme cu jocul constă în:

a) Practicarea jocului în fiecare săptămână;
b) Faptul că sunt obsedați de joc;
c) Faptul că mint în legătură cu pierderile datorate jocului.

Răspuns corect: b).

11.Jocurile de noroc sunt activități care sunt în cea mai mare măsură determinate de :

a) Forțe cosmice necunoscute;
b) Noroc;
c) Îndemânare.

Răspuns corect: b).

În cazul adolescenților, se pot aplica şi alte tipuri de chestionare care implică 3 variante de răspuns, din care doar una este cea corectă(Gupta şi colab.,2006):

1. Jocurile video şi jocurile de noroc sunt foarte asemănătoare deoarece:

a) Dacă eşti priceput la unul, vei fi priceput şi la celelalte;
b) Ambele implică utilizarea tehnologiei I.T. şi grafică computerizată;
c) Ambele îți cresc puterea de concentrare a atenției.

Răspuns corect: b).

2. Casinourile au profit de milioane de dolari (euro) în primul rând datorită faptului că:

a) Majoritatea jucătorilor nu se implică destul şi de aceea pierd banii;
b) Întotdeauna casinourile câştigă mai mult decât jucătorii;
c) Oamenii cheltuiesc bani pe mâncare, alcool şi distracție la casinouri.

Răspuns corect: b).

3.Care din următoarele activități de joc sunt mai profitabile din punct de vedere al câştigului pe termen lung?

a) Loteria;
b) Accesarea terminalele de videoloterie ;
c) Niciuna.

Răspuns corect: c).

4.Cea mai sigură cale de a face bani rapid este:

a) Practicarea jocurilor de noroc;
b) Activarea pe piața de capital;
c) Nu există nici o cale sigură de a face rapid bani .

Răspuns corect: c).

5.Cea mai importantă consecință a practicării jocurilor de noroc este:

a) Pierderea de bani;
b) Câştigul de bani prin utilizarea strategiilor corecte;
c) Creşterea performanțelor în domeniul matematicii.

Răspuns corect: a).

(1985) clasifica jocurile în 3 tipuri, în funcție de gradul teoretic de intervenție al subiectului asupra jocului. Astfel, există jocuri de îndemânare şi de pur raționament, cum ar fi şahul, jocuri în care există un amestec între îndemânare şi hazard, cum ar fi pokerul sau pariurile şi jocuri de hazard ”pur”, care nu lasă deloc spațiu pentru gândire sau îndemânare: jocurile mecanice cu monezi.

c) Jucătorii patologici

Această categorie este formată din jucători pentru care jocul a devenit centrul vieții, pierzându-şi controlul. Diferența dintre jocul ”social” şi cel patologic este dată de caracterul obligatoriu al comportamentelor în jocul patologic, neexistând practic libertate pentru jucător .

Ipotezele explicative şi patogenetice ale jocului patologic sunt complexe, neexistând un consens între diferiții autori, dar existând diferite căi de abordare bio-psiho-socială a conceptului de joc patologic.

Se poate considera că este vorba despre un joc potențial patologic atunci când se pariază bani în timpul jocului, ceea ce poate duce la adicție. În cazul unor astfel de jocuri, există întotdeauna un număr mai mare de persoane care pierd, decât care câştigă. Copiii şi adolescenții care au o stimă de sine bună şi care cred în posibilitățile lor sunt mai puțin tentați să participe la jocuri de noroc pentru a se simți speciali.

În urma acțiunilor educative de profilaxie a jocului patologic de noroc la copii şi adolescenți, este recomandabilă aplicarea unui chestionar simplu, după modelul următor (răspunsurile corecte sunt trecute în paranteză) (Gupta şi colab.,2006):

1.Un jucător inteligent poate inventa un sistem prin care să se îmbogățească? (NU);
2. Pariurile sportive necesită exclusiv cunoştințe şi deloc noroc? (NU);
3. Jocurile de cărți se bazează mai mult pe şansă? (DA);
4. Sunt adolescenții prea tineri pentru a dezvolta adicție la jocurile de noroc? (NU);
5. Pot ajuta rugăciunile la obținerea câştigului la jocul de noroc? (NU);
6. Jocurile de noroc pot da adicție asemănătoare cu cea dată de droguri? (DA);
7. Sunt jocurile o cale bună de a face bani? (NU);
8. Este mică probabilitatea să obții câştigul maxim la loterie? (DA);
9. Jocurile de noroc necesită multă îndemânare? (NU);
10. Practica te poate face un jucător mai bun? (NU).
11. Adicția la alcool şi droguri este mai severă decât cea la jocurile de noroc? (NU);
12. Există unele jocuri mecanice cu monezi (”slot-machines”) care permit câştiguri mai facile decât altele? (NU);
13. În cazul în care câştigul obținut în urma jocului este donat în scopuri caritabile, este vorba tot de joc de noroc? (DA);
14. În cazul în care jocul este considerat legal de autorități, îți poate dăuna la fel de mult? (DA);
15. Dacă arunci o monedă în sus de 6 ori, şi de fiecare dată iese ”cap”, înseamnă că data viitoare sunt şanse mai mari să iasă ”pajură”? (NU);
16. O activitate poate fi considerată joc potențial patologic doar dacă pariezi pe bani? (DA);
17. Jocul de noroc devine problematic dacă pierzi sume mari de bani de fiecare dată când joci? (NU);

şi cel de îndemânare. Pentru aceasta, se pot oferi mai multe exemple de activități, în care cele două componente au pondere variabilă. De exemplu:

1. Fotbalul presupune 80% îndemânare şi 20% noroc şi nu este un joc potențial patologic;
2. Jocul de cărți presupune 20% îndemânare şi 80% noroc, dar nu este considerat joc potențial patologic;
3. Şahul presupune 100% îndemânare şi 0% noroc.
4. Loteria presupune 0% îndemânare şi 100% noroc şi este considerat joc de noroc;
5. Jocurile distractive cu zaruri presupun 20% noroc şi 80% îndemânare şi nu sunt considerate jocuri potențial patologice;
6. Jocurile video presupun 80% îndemânare şi 20% noroc şi nu sunt considerate jocuri potențial patologice;
7. Jocurile de cărți pe bani presupun 20% îndemânare şi 80% noroc si sunt considerate jocuri potențial patologice;
8. Biletele de loz în plic răzuibile presupun 0% îndemânare, şi 100% noroc şi sunt considerate jocuri potențial patologice;
9. Aruncarea zarurilor presupune 0% îndemânare şi 100% noroc şi nu sunt considerate jocuri potențial patologice;
10. Pariurile la jocuri sportive presupun 20% îndemânare şi 80% noroc şi sunt considerate jocuri potențial patologice.

Tinerii trebuie informați şi asupra celor 8 paşi care pot duce la adicția la joc(Gupta şi colab.,2006):

Pasul 1. Distracția: inițierea jocului ca distracție;
Pasul 2. Excitația: căutarea de ocazii pentru a juca;
Pasul 3. Obsesia: Acapararea gândirii de către joc;
Pasul 4. Naivitatea: Credința că există anumite trucuri sau strategii care pot facilita câştigul la joc;
Pasul 5. Alegerile greşite: Găsirea unor modalități de a obține bani pentru a juca;
Pasul 6. Evidențierea: Jocul mai frecvent şi pe sume mai mari decât majoritatea;
Pasul 7. Decăderea: Minciuni legate de joc şi recurgerea la furt pentru a juca;
Pasul 8. Acapararea totală: Incapacitate de a stopa jocul.

Jocurile de noroc nu ar trebui să fie practicate decât de adulții care reuşesc să-şi controleze limitele. Acestea se bazează exclusiv pe şansă şi duc la pierderi mari de bani, neexistând nici o cale de a obține bani rapid, prin intermediul lor.

IV.EPIDEMIOLOGIA JOCULUI PATOLOGIC

Tot mai multe cercetări indică o creştere a prevalenței jocului patologic în ultima perioadă, proporția cea mai mare fiind raportată în rândul adolescenților, în special în țările din Vest. Stabilirea prevalenței şi studiile comparative sunt dificil de realizat datorită diferențelor referitoare la: vârstă, locație, mărimea lotului, tipul măsurătorii.

Buchta (1995) a cercetat incidența jocului patologic de noroc la vârsta adolescenței, prin urmărirea a 97 de subiecți de sex masculin (48.7%) şi a 102 de sex feminin (51.3%) cu vârste cuprinse între 12 şi 18 ani, cu vârsta medie a jucătorilor de 15.12 $\pm$ 1.83 ani, iar a nejucătorilor de 14.36 $\pm$ 1.78 ani. Un procent de 83% dintre adolescenți au declarat că au jucat. 44% dintre jucători şi doar 26% dintre nejucători au afirmat că cel puțin unul dintre părinții lor joacă. Acest studiu a confirmat înalta incidență a jocului patologic de noroc în rândul adolescenților.

Într-o altă cercetare a lui Devlin (1996) , a fost investigat comportamentul de joc a 238 de elevi de colegiu din Connectitut, S.U.A, prin utilizarea SOGS (The South Oaks Gambling Screen). 35 (14.8%) dintre elevi au indicat că au vizitat casinoul din apropierea colegiului şi 26 (11%) au afirmat că au jucat. Rata celor cu probleme de joc a fost relativ scăzută, 6 (2.5%) şi doar 3 cursanți ai colegiului (1.9%) au relatat frecventarea casinoului încă de la sfârşitul anului 1994. Cele mai utilizate jocuri au fost “slot machines” şi “black jack”.

Într-un studiu relativ recent (2000), Mc Gowan, Droessler, Nixon şi Grimshaw au constatat că prevalența jocului (în cazul celor care au jucat o dată) variază între 76-91%. Jacobs şi colab. au stabilit o prevalență, pornind de la 20% (în 1985) la 91% (Lesieur &Klein, 1987), cu o frecvență de 60-90% pentru cei care au participat o dată la o formă de joc sau alta (Browne & Brown, 1994).

Poulin (2000) a studiat 13.549 adolescenți din Canada (clasele VII, IX, X şi XII). S-a constatat că 70,3% au jucat în ultimele 12 luni. Cele mai populare jocuri erau: “scratch tabs” (55,9%), jocul de cărți (35,1%), loteria (33%). La fel, cei intervievați telefonic în Washington au relatat: 65% au jucat în ultimele 12 luni, 8% au jucat săptămânal zaruri, table, jocuri de îndemânare, pariuri sportive (Volberg & Moore, 1999). Rate similare de apariție au fost raportate în Marea Britanie. Fisher (1998-1999) a consemnat că majoritatea (75%) din cei 10.000 adolescenți investigați au jucat la jocuri electronice cel puțin o dată în viață. În unele studii de prevalență efectuate pe adolescenți canadieni şi americani, s-a arătat că 2%

dintre ei întruneau criteriile de joc patologic de noroc, conform clasificării americane DSM III-R (Ladouceur şi colab., 1993)

S-au efectuat două studii privind jocul patologic în Noua Zeelandă pe populația generală, evaluând tinerii de minim 18 ani (Clarke & Rossen, 2000; Sullivan, 2001; Abbot & Volberg, 1996, 2000). Sullivan (2001) a cercetat liceenii din regiunea Auckland. 425 de subiecți nu erau conştienți de marele risc de a dezvolta joc-problemă; între 12,7%-23,8% (depinzând de testul folosit), întruneau criteriile de joc-problemă. Liceenii care făceau parte din minorități erau mai susceptibili să îndeplinească criteriile de joc-problemă. Cele mai populare jocuri erau jocurile electronice. Exceptând vârsta de 16 ani, peste 10% dintre liceeni au practicat jocurile electronice în ultimul an. S-a găsit o corelație între frecvența jocurilor video şi percepția posibilității de învinge maşina şi a probabiltății ca tinerii să dezvolte joc patologic. În esență, acei elevi care jucau mult şi frecvent la jocurile video, erau mai tentați să considere că pot învinge aparatele de joc şi tinerii aveau risc mai scăzut de a dezvolta joc-problemă decât adulții. Rezultate similare au fost găsite într-un studiu retrospectiv efectuat pe studenții din anul I. Întregul lot a jucat pe bani cel puțin o dată, 18% au jucat regulat, iar 17,8% întruneau criteriile de joc-problemă (Clarke şi Rossen, 2000). Jucătorii-problemă erau implicați semnificativ mai mult în jocurile electronice decât jucătorii non-problemă. În ciuda vârstei legale de 20 de ani, 24% din cei chestionați frecventaseră casinourile sub această vârstă.

Hayer (2004) a făcut o metaanaliză cu privire la studiile care analizează prevalența jocului patologic de noroc la adolescenții europeni (Tabelul 1):

Tabelul 1. Studii europene asupra prevalenței jocului patologic de noroc la adolescenți (Hayer, 2004)

Studiu/Țara	Instrument de evaluare	Nr. de subiecți/ Interval de vârstă	Prevalența jucătorilor la risc	Prevalența jucătorilor patologici
Becona şi colab. (2001) Spania	SOGS-RA*	2.790 14-21 ani	8,2%	5,6%
Fisher (1999) Anglia şi Țara Galilor	DSM-IV**	9.774 12-15 ani	_	5,6%

internațional pentru tinerii cu joc patologic şi cu alte comportamente de risc înalt. În cadrul acestui Centru, au pus la punct un program foarte ingenios de sensibilizare a tinerilor la problemele pe care le implică jocul patologic de noroc şi de prevenție a acestuia. Pentru a fi eficient şi atractiv pentru copii şi adolescenți, acest program a fost conceput sub forma unor jocuri interactive pe computer, pe mai multe nivele, în două variante adaptate pe vârste: una pentru copiii de şcoală primară şi gimnaziu şi a doua pentru liceeni. Programul pentru cei de vârstă mai mică se numeşte ”Castelul uimitor”, iar pentru cei de vârstă mai mare se numeşte ”Oraşul acaparator”. În ambele variante există mai multe nivele, care explică progresiv şi intuitiv ce înseamnă de fapt jocurile de noroc şi care sunt riscurile la care se supune tânărul dacă continuă jocul. Se face o diferențiere netă între jocurile de noroc şi cele care presupun îndemânare. Totodată, sunt trecute în revistă jocurile care duc mai rapid la adicție şi faptul că oricine poate fi afectat de această tulburare. Totodată, sunt prezentate şi alte comportamente de risc, cum ar fi consumul de alcool şi droguri, care, alături de jocul de noroc, sunt foarte nocive pentru tineri. Având în vedere că anturajul joacă un rol extrem de important pentru jucătorii copii şi adolescenți, sunt prezentate mai multe variante de opinii ale celor din anturaj, dintre care copilul sau adolescentul trebuie să le aleagă pe cele corecte. De asemenea, rezultă clar că aceste activități sunt dăunătoare copiilor şi adolescenților, fiind permise să fie practicate, dar doar într-un mod responsabil, numai la vârsta adultă.

Ambele variante adresate vârstelor diferite se încheie cu întrebări recapitulative, care se referă la toate etapele parcurse în procesul de învățare prin joc.

În cadrul unor astfel de programe de prevenție, aplicate la copii şi adolescenți, aceştia trebuie să fie învățați încă din start să diferențieze 2 tipuri de activități de joc: cele de şansă şi cele de îndemânare. În cursul activităților de joc, jucătorul trebuie să realizeze faptul că, cu cât joacă mai mult, cu atât pierde mai mult, indiferent de strategia adoptată. De asemenea, nu se poate prezice rezultatul jocului, astfel că nu se poate controla norocul, iar diferitele evenimente din cadrul jocului sunt independente unele față de altele (Gupta şi colab.,2006).

Activitățile de îndemânare au o funcție pozitivă, ducând la o creştere a abilităților decizionale, care îi vor permite tânărului să facă cele mai bune alegeri şi să adopte cele mai bune atitudini şi comportamente. Este fundamentală deosebirea dintre jocul de noroc

individuale şi implicit rezilienţa şi să se modifice anturajul social al jucătorilor prin conştientizare, educaţie, achiziţionarea de noi competenţe şi prin modificarea politicii sociale şi publice. Orice program de prevenţie trebuie să-şi propună o mai bună educaţie a tineretului cu privire la jocul de noroc excesiv şi la alte comportamente adictive, cum ar fi consumul de alcool sau droguri, precum şi îmbunătăţirea abilităţii de coping cu stresorii zilnici. Aceste măsuri trebuie aplicate încă de la vârsta copilăriei datorită faptului că în societatea actuală jocurile de noroc sunt larg răspândite, intens promovate prin reclame şi foarte uşor accesibile pentru toată lumea. Numeroase studii au indicat faptul că în ciuda restricţiilor legale, copiii şi adolescenţii cu vârste sub cea admisă legal pentru practicarea jocurilor, le practică în toate formele, regulat sau neregulat. De aceea, este important ca adolescenţii să fie sensibilizaţi asupra riscurilor practicării jocurilor de noroc cu scopul de a preveni pierderea controlului atunci când se implică în astfel de activităţi. Este foarte important să se insiste pe abstinenţa de la jocuri până la împlinirea vârstei legale, pentru a minimaliza impactul unui debut prematur al practicării acestora (Hardoon & Derevensky, 2002; Jacobs, 2000; National Research Council, 1999).

Se ştie că, cu cât debutul practicării jocurilor este mai precoce, cu atât există un risc mai mare de a dezvolta jocul problemă (Gupta & Derevensky, 1998). De fapt, cei care dezvoltă jocul problemă menţionează adesea faptul că au avut primele experienţe de joc atunci când aveau vârsta de 9 sau 10 ani (Lesieur & Klein, 1987; Arcuri şi colab, 1985). Prin urmare, se consideră că prin amânarea vârstei de debut a jocului, se poate scădea apariţia viitoarelor probleme legate de acesta la tineri.

Principalele obiective educative adresate tineretului au ca scop:

1. Creşterea informării asupra naturii şi a riscurilor asociate cu practicarea jocurilor de noroc;
2. Susţinerea lor în scopul achiziţionării sau consolidării sociale;
3. Modificarea atitudinilor neadecvate;
4. Disputarea cogniţiilor eronate legate de jocul de noroc.

Prin aplicarea acestor măsuri, se presupune că va apare o modificare a comportamentului legat de joc în sensul amânării implicării în astfel de activităţi până la vârsta când au maturitatea necesară şi când vor putea juca responsabil, dacă aceasta este alegerea lor.

Specialiştii de la Universitatea McGill din Montreal (Canada), aflaţi sub conducerea profesorului Derevensky, au înfiinţat un centru

Johansson& Gotestam (2003) Norvegia	DSM-IV**	3.237 12-18 ani	3,5%	1,8%
Lupu şi colab.(2002) România	GA Q***	500 14-19 ani	–	6,8%

*SOGS-RA- The South Oaks Gambling Screen-Revised for Adolescents (2-3- jucător la risc; >sau =4 –jucător patologic);
**DSM-IV- 3-4- jucător la risc >sau =5 –jucător patologic;
*** GA Q- Gamblers Anonymous Questions -Cele 20 de întrebări ale Jucătorilor Anonimi din S.U.A.->sau =7 –jucător patologic.

Muñoz-Molina (2008) a efectuat o meta-analiză privind prevalenţa jocului patologic de noroc pe plan mondial studiind cercetările publicate în perioada 1997-2007. Principalele date sunt cuprinse în tabelul 2.

Tabelul 2. Studii pe plan mondial din perioada 1997-2007 asupra prevalenţei jocului patologic de noroc (Muñoz-Molina , 2008)

Autori/anul	Ţara	Lot de studiu	Instrument	Prevalenţa (%)
Huang şi colab., 2007	SUA	20739 studenţi	DSM-IV	0,8
Ellenbogen S. şi colab.,2007a	Canada	1265 adolescenţi	DSM-IV-MR-J	3
Ellenbogen S. şi colab.,2007b	Canada	7819 adolescenţi	DSM-IV-MR-J	3,7
Gill şi colab., 2006	Australia	6045 adulţi	SOGS-M	2
Delfabbro şi colab., 2006	Australia	926 adolescenţi	DSM-IV-J	4,4
Olason şi colab., 2006	Islanda	750 studenţi	DSM-IV-MR-J	2
Williams şi colab., 2006	Canada	585 studenţi	CPGI	1,4
Kairouz şi colab., 2005	Canada	5332 adulţi	CPGI	1,7
Cunningham-Williams şi colab.,2005	SUA	1142 adulţi	DSM-IV	2,5

Autori/anul	Țara	Lot de studiu	Instrument	Prevalența (%)
Cox şi colab.,2005	Canada	34770 adulți	CPGI	2
Wiebe&Cox, 2005	Canada	1000 adulți	SOGS-R	1,2
Ladouceur şi colab.,2005	Canada	8842 adulți	CPGI	0,7
Westermeyer şi colab.,2005	SUA	1228 adulți	DSM-IV	7,6
Fong&Ozorio, 2005	China	1121 adulți	DSM-IV China	1,8
Petry& Mallya, 2004	SUA	2966 adulți	SOGS	1,8
Schofield şi colab.,2004	Australia	1029 adulți	SOGS	1,7
Welte şi colab., 2004	SUA Noua-Zeelandă	2631 adulți 7139 adulți	DSM-IV	3,5 1,2
Abbott şi colab., 2004	Suedia	6452 adulți	SOGS-R	1
Hardoon şi colab.,2004	Canada	2336 adolescenți	DSM-IV-MR-J	4,9
Cox şi colab., 2004	Canada	1489 adulți	DSM-IV	1,3
Langhinrichsen-Rohling & colab.,2004	SUA	1735 adolescenți	SOGS-RA MAGS-7	4,6 1,7
Engwall şi colab.,2004	SUA	1348 studenți	SOGS	5,2
Gotestam & Johansson, 2003	Norvegia	2014 adulți	DSM-IV	0,6
Johansson & Gotestam, 2003	Norvegia	3237 adolescenți	DSM-IV SOGS-RA DSM-IV-J	1,7 4 3,4
Hardoon & colab.,2003	Canada	980 adolescenți	GA	5,8
Villoria, 2003	Spania	1707 studenți	SOGS	4,5
Wong & So	HongKong (China)	2004 adulți	DSM-IV China	1,8

-depresia;
-anxietatea;
-adicția pentru alcool şi droguri;
-agresivitatea excesivă.

Acest lucru trebuie realizat, deoarece în cele mai multe situații, comportamentul de joc reprezintă o modalitate de coping față de stresul cotidian şi de trăirile neplăcute, fiind o modalitate de evadare din depresie şi anxietate.

Tratamentul trebuie să cuprindă atât intervenția farmacologică cu medicamentele consemnate mai sus, cât şi intervenția cu durată de mai multe luni de zile prin psihoterapie cognitiv-comportamentală aplicată atât individual, cât şi în grup. Este imperios necesară înființarea şi în România a unor grupuri de suport de tipul ”Gamblers Anonymous”. De asemenea, este necesară şi terapia motivațională, atât la copii şi adolescenți, cât şi la adulți, având în vedere că jucătorii patologici manifestă o lipsă de dorință de schimbare şi o mare ignoranță privind locațiile unde se poate efectua terapia tulburării.

Prevenirea recăderilor reprezintă o parte esențială a terapiei, iar atunci când jucătorii patologici recad, înseamnă că abordarea cazului nu a fost făcută corespunzător, rămânând probleme adiționale netratate. În acest context, este foarte utilă depistarea erorilor de gândire, precum şi a situațiilor de risc. Totodată, se face un contract ferm cu jucătorul patologic, având ca obiectiv stoparea totală a jocului şi se solicită implicarea familiei în terapie.

Tratamentul va trebui adaptat şi în funcție de stadiul în care se află jucătorul, acesta putându-se afla fie într-o fază activă de joc, fie într-o fază de pauză de joc.

Aceste tipuri de intervenții ar trebui să se desfăşoare la nivelul unor centre de sănătate mintală, care sunt în curs de implementare şi în România, conform standardelor europene, în care să se facă şi tratamentul adicției la alcool şi alte droguri şi al problemelor psihosociale care derivă din acestea.

X.2. Prevenția specifică a jocului patologic la copii şi adolescenți

Principalul scop al acțiunilor de prevenție a jocului patologic de noroc este de a reduce sau evita viitoarele consecințe indezirabile la nivel individual care pot sau nu să se asocieze cu semnele tulburării. În acest scop, este necesar să fie modificate abilitățile

Pentru *prevenția primară* ar fi indicate prelegerile informative însoțite de materiale video pe tema jocului de noroc, prin care să se furnizeze informații despre joc, despre problemele create de acesta şi despre piața jocurilor . Totodată, vor fi expuse strategiile care trebuie urmate pentru deprinderea controlului asupra jocului şi informațiile asupra riscurilor la care se supun cei care devin dependenți de jocul de noroc.

Pentru ca metodele de profilaxie primară să fie eficiente, se va încerca reducerea accesului la joc al copiilor prin informarea adulților în acest sens şi influențarea atitudinilor sociale. Nu există o rețetă generală de intervenție în cazurile de joc patologic de noroc. Modalitatea de abordare trebuie adaptată fiecărui caz în parte în funcție de particularitățile lui. Prevenția trebuie aplicată cât mai precoce, înainte de intrarea în contact cu jocul , începând cu vârsta de 10 ani.

Prevenția secundară se referă la cei care au început deja să joace şi care fac parte din grupurile de risc, îndeplinind unul sau mai multe criterii pentru jocul patologic de noroc. Trebuie arătate care sunt riscurile şi consecințele negative pe termen lung precum şi metodele de deprindere a autocontrolului în timpul jocului. Acest segment de jucători poate fi considerat că este format din jucători-problemă. Aceste metode trebuie aplicate de profesionişti: asistenți sociali, psihologi şcolari, pedopsihiatri şi psihiatri, la nivel individual, la nivelul familiei, prietenilor, şcolii, serviciilor sociale, legislativului. Programele de prevenție trebuie să se bazeze ca principiu pe scăderea influenței factorilor de risc şi pe creşterea concomitentă a ponderii factorilor protectivi, cum ar fi :

- Abilitatea de problem-solving la contextele cognitive şi sociale;
- Comportamentul pro-social: aptitudini sociale bune, flexibilitate şi abilități de comunicare;
- Autonomie puternică manifestată prin: încredere în propriile abilități, posibilități de autocontrol şi responsabilitate pentru propriile acțiuni;
- Crearea unor perspective de viitor optimiste.

Aceste măsuri vor putea influența favorabil evoluția jucătorilor-problemă şi a celor patologici.

Prevenția terțiară presupune alocarea unor resurse importante pentru îngrijirea şi tratamentul jucătorilor patologici şi consilierea familiilor acestora.

De asemenea, prevenția terțiară presupune instituirea tratamentului atât pentru jocul patologic de noroc, cât şi pentru afecțiunile psihiatrice asociate, cum ar fi:

Autori/anul	Țara	Lot de studiu	Instrument	Prevalența (%)
Hing & Breen, 2002	Australia	3000 adulți	SOGS	3
Lupu & colab., 2002	Romania	500 adolescenți	GA	6,8
Shapira & colab.,2002	SUA	1051 adolescenți	SOGS-RA DSM-IV	1,3 3,8
Welte & colab.,2001	SUA	2638 adulți	SOGS	1,9
Volberg & colab.,2001	Suedia	9917	DSM-IV	0,6
Poulin, 2000	Canada	13.549 adolescenți	SOGS-RA DSM –IV-J	6,4 3,4
Derevensky & Gupta, 2000	Canada	980 adolescenți	GA-20	6
Cox & colab., 2000	Canada	738 adulți	SOGS	3,5
Jacques & colab.,2000*	Canada	880 adulți	SOGS	A:1,1 şi 1,8 B:0,9 şi 0,5
Bondolfi & colab., 2000	Elveția	2526 adulți	SOGS	0,8
Ladouceur &colab,1999	Canada	1257 adulți	SOGS	2,1
Ladouceur & colab., 1999	Canada	3426 studenți	SOGS	2,6
Fisher, 1999	Anglia	9774 studenți	DSM-IV-MR-J	5,6
Winters & colab., 1998	SUA	1361 studenți	SOGS	3
Gupta & Derevensky, 1998	Canada	817 adolescenți	DSM-IV-J	4,7
Blaszczinsky şi colab., 1998	Australia	2000 adulți	SOGS	2,9
Cunningham-Willams colab., 1998	SUA	3004 adulți	DSM-III	0,9
Villa & colab., 1997	Spania	2185 studenți	DSM-IV-J	1,6

*Studiul longitudinal efectuat în anul 1996 şi 1997 în 2 oraşe canadiene A:Hull şi B:Quebec

Datorită conştientizării faptului că adolescenții practică jocuri de noroc, precum şi a proliferării localurilor unde se practică jocul, au fost inițiate numeroasele studii de prevalență a jocului-problemă la adolescenți. Cea mai mare parte a acestora au fost întemeiate pe paradigma jocului patologic. Acestea au urmărit măsurarea nivelului de implicare a adolescenților în activități de joc, nivelului de experiențiere a problemelor şi a variabilelor asociate cu aceste probleme.

Nu există încă un consens privind estimarea jocului-problemă la adolescenți. Totuşi, date recente, arată că SOGS-RA poate genera proporții mari de rezultate fals pozitive, cu implicații semnificative în validarea datelor raportate (Ladouceur şi colab., 2000).

Estimările sunt şi mai complicate datorită discrepanței dintre diferitele variabile, cum ar fi: mărimea lotului, locația, metodele de evaluare (interviuri telefonice vs. chestionarele aplicate în clasele de elevi) şi variabile demografice (de ex. vârsta grupului examinat). De exemplu, unele studii de prevalență, cum ar fi cel al lui Stinchfield şi colab. (1997), par a fi concludente, fiind efectuate pe un lot mare de persoane (122.700). De fapt, cercetarea s-a bazat pe evaluarea întregii populații şcolare, din Minnesota, pentru clasele: VI, IX şi XII. Cu toate acestea, nu au fost aplicate chestionare standardizate, ceea ce limitează posibilitatea comparării rezultatelor obținute cu cele ale altor studii similare.

În general, estimarea ratelor jocului-patologic este foarte diversă, cu rate incepând de la 1,7%(Ladouceur & Mireault, 1988), până la 11,2% (Oster & Knapp, 1998). Asemănător, ratele jocului-problemă au fost găsite la valori începând cu 0,9% (Volberg & Moore, 1999) şi 9,6% (Zitzow, 1996).

O metaanaliză a studiilor privind jocul la adolescenții din America de Nord a arătat că între 9,9-14,2% dintre adolescenți sunt la risc şi pot dezvolta probleme de joc şi că între 4,4-7,4% dintre adolescenți prezintă joc compulsiv şi patologic (Shaffer & Hall, 1996).

IV.1.Variabile asociate cu apariția jocului

IV.1.1.Variabile demografice

a) Sexul:

Sexul masculin este mai des implicat în joc decât cel feminin (Griffiths & colab.,1991; Volberg,1999)

extrapolare de la nivel individual la nivel social şi înapoi la nivel individual a jocului patologic de noroc.

X.1.Profilaxia primară, secundară şi terțiară a jocului patologic de noroc

Pentru a fi eficient, un program de profilaxie în domeniul jocului patologic de noroc , trebuie făcută o conştientizare publică a aspectelor legate de jocul de noroc şi de accesibilitate la tratamentul celor dependenți de acesta. De asemenea, trebuie combătut sentimentul de izolare şi iluzia depăşirii problemelor fără ajutor specializat, prin simpla continuare a practicării jocului de noroc.

Exemple în acest sens sunt o emisiune susținută la radio ”Renaşterea” în anul 2001 şi o emisiune interactivă T.V., susținută live, de către subsemnatul la postul de televiziune ”Tele Europa Nova”, în anul 2002 şi alta susținută la postul de televiziune ”NCN” în anul 2007 , pe tema jocului patologic de noroc. Aceste emisiuni au avut un impact deosebit asupra comunității din Cluj-Napoca; mai mulți aparținători ai jucătorilor patologici au telefonat în direct, dorind să afle detalii despre posibilitățile de tratament al acestei tulburări. În consecință, a crescut foarte mult adresabilitatea la terapie a jucătorilor patologici de noroc, aceştia fiind aduşi la cabinet de către aparținători. Acest fapt este foarte important, deoarece jocul patologic de noroc este o tulburare ego-sintonă , ceea ce duce din start la o adresabilitate scăzută la terapie.

O altă condiție esențială pentru reuşita acestui program de profilaxie ar fi finanțarea lui adecvată prin alocarea unor fonduri obținute din taxele plătite de industria gamblingului, aşa după cum se procedează la ora actuală în România cu aşa numita ”taxă pe viciu”, pe care o achită fiecare cumpărător de alcool şi țigări şi care apoi este virată în contul programelor de sănătate a populației. Toți aceşti bani vor putea fi utilizați pentru consolidarea infrastructurii necesare educației, profilaxiei, terapiei şi cercetării în problema jocului patologic de noroc în România.

Ideal ar fi să existe măsuri coerente pentru profilaxia primară, secundară şi terțiară pentru jucătorii patologici de noroc. Deoarece aceste măsuri încă nu sunt clar delimitate în România, propunem elaborarea unor astfel de norme pentru țara noastră, bazate pe cercetările ştiințifice efectuate în țări mai avansate din acest punct de vedere. (vezi Di Clemente şi colab., 2000, Lavioe& Ladouceur ,2004 şi Frőberg, 2006).

program, se va aborda şi jocul patologic de noroc şi jocul problemă în rândul copiilor, adolescenților şi tinerilor.

În unele situații, contextul social poate juca un rol extrem de important în patogeneza jocului de noroc. Foarte ilustrativ în acest sens, a fost cazul unui adolescent în vârstă de 16 ani, internat în anul 1994 în Clinica Psihiatrică Cluj-Napoca, pentru joc patologic de noroc, al cărui debut a coincis cu perioada floridă a fenomenului ”Caritas”, cu atât mai mult cu cât tatăl său era unul dintre angajații firmei în cauză (Lupu &Lupu ,2005).

Jocul piramidal numit ”Caritas”, a luat o foarte mare amploare în România, între anii 1991-1993. Participarea a fost de peste 250.000 români, care depuneau sume mari de bani la agențiile ”Caritas” cu sediul la Cluj-Napoca, în speranța multiplicării de 7- 8 ori a sumei depuse . Potrivit bilanțurilor contabile, societatea a încasat în cei doi ani de funcționare peste 1.260 de miliarde de lei de la deponenți.

În final, toată afacerea s-a dovedit a fi o megaescrocherie financiară, ”jocul” întrerupându-se în luna iunie 1993 ,lăsând în urmă mulți păgubiți, iar patronul afacerii, Ioan Stoica a fost arestat pe 25 august 1994, primind o pedeapsă totală de 6 ani de închisoare. Dupa ce sute de mii de oameni din toata țara au fost păgubiți, legislativul a aprobat legea privind jocurile de noroc, care reglementează, interzice şi pedepseşte crearea priamidelor financiare. Astfel: ”constituie infracțiune şi se pedepseşte cu închisoarea de la doi la şapte ani sau cu amenda, organizarea şi desfăşurarea de jocuri, indiferent de denumirea lor, prin care se propune unor persoane să depună sau să colecteze bani ori să se înscrie pe o listă, făcându-le să spere câştiguri financiare rezultate din creşterea numărului de persoane recrutate sau înscrise, indiferent cum se realizează această colectare sau înscriere pe liste. De asemenea, constituie infracțiune şi se pedepseşte cu închisoarea de la 1 la 4 ani sau cu amendă, fapta de a propune unei persoane să depună sau să colecteze bani ori să se înscrie pe o listă în condițiile prevăzute la aliniatul precedent".

Pe acest fond, a apărut o devalorizare a noțiunii de bani şi o disjuncție între ideea de câştig şi de muncă cinstită, mulți dintre participanții la circuit irosind cu uşurință mari sume de bani, fără o deliberare suficientă. De asemenea, a existat tendința de a mări miza de înscriere la joc, cu credința falsă că aceasta ar putea duce la continuarea lui, deci la controlul câştigului. Astfel, s-a produs o

De exemplu Stinchfield & colab. (1997) au depistat o foarte evidentă influență a sexului în urma unui studiu la care datele despre comportamentul de joc au fost adunate între anii 1992 şi 1995, cu ajutorul unui chestionar asupra unor domenii multiple, numit :”Minnesota Student Survey”, aplicat unor elevi din şcoala publică, din clasele VI, IX, XII. Autorii au constat că băieții jucau de 3-4 ori mai frecvent decât fetele şi alocau un timp mai îndelungat acestei activități.

În privința preferințelor de joc, există date contradictorii. De exemplu, subiecții de sex masculin manifestă preferință pentru jocurile de îndemânare, jocul de cărți şi pariurile cu prietenii (Fisher, 1993 a;Wallisch, 1996), în timp ce femeile au avut predilecție pentru loterie, jocuri electronice, bingo şi curse de cai (Stinchfield, 2000). Contrar acestor observații, alți autori au găsit diferențe nesemnificative în ceea ce priveşte sexul, în cazul loteriei şi al jocurilor electronice (Browne şi Brown-1994). Fisher în anul 1993 a găsit o influență nesemnificativă a sexului în ceea ce priveşte practicarea jocurilor electronice de către 500 de elevi. El a constatat că cei de sex masculin şi feminin prezintă similitudini în ceea ce priveşte frecvența jocului, extinderea participării, volumul cheltuielilor, alegerea tipului de joc.

Fisher a arătat că în Marea Britanie există o mică diferență între cele două sexe. Stinchfield (2000) a constatat că diferențele de sex sunt mai evidente o dată cu înaintarea în vârstă în S.U.A. În clasa a IX-a, cei de sex masculin preferau jocurile de cărți, jocurile de îndemânare şi pariurile sportive, în timp ce cei de sex feminin, preferau jocurile de cărți. Cei din clasa a XII-a, indiferent de sex, preferau loteria. Se pare că diferențele din punct de vedere al sexului pot fi parțial atribuite variabilității mari a metodologiei de cercetare, mărimii loturilor, caracteristicilor acestora, instrumentelor de observație şi definițiilor operaționale.

b)Etnicitatea

Rolul etnicității în jocul patologic este neclar. Unele studii nu au găsit nici o corelație între etnicitate şi jocul-problemă (Carlson & Moore, 1998; Fisher, 1999). Alte studii însă, au demonstrat relații semnificative între practicarea jocului şi etnicitate (Stinchfield, 2000; Wallisch, 1996). De exemplu, Wallisch a constatat că adolescenții afro-americani preferă jocurile mecanice (“slot-machines” şi “flipping coins”), în timp ce caucazienii preferă loteria şi cursele de cai, iar hispanicii participă mai frecvent la bingo. Aceste diferențe etnice

trebuie privite în dinamică, preferințele modificându-se în timp (Wallisch, 1996).

c)Vârsta

S-a stabilit o corelație între vârstă şi participarea la activitățile de joc, adolescenții de vârstă mai mare fiind mai implicați în aceste activități (Volberg & Moore, 1999). Se pare că are loc o creştere a practicării jocului o dată cu înaintarea în vârstă. Vârsta de debut al jocului a fost identificată ca fiind un factor important în dezvoltarea problemelor de joc. Jocul-problemă apare mai frecvent la cei care încep să joace la o vârstă mai fragedă (Fisher, 1993, ; Wallisch 1993,1996). Alte studii nu au găsit corelații între vârstă şi jocul-problemă (Fisher, 1999; Wiebe, 1999).

d) Nivelul socio-economic şi nivelul veniturilor

Este destul de dificil de analizat această corelație. Cu toate acestea, factorul respectiv se pare că influențează comportamentul de joc (Fisher, 1999, Wiebe, 1999, Volberg, 1994).

De exemplu, Volberg (1994) a observat că cei care jucau regulat (săptămânal), spre deosebire de cei care jucau neregulat, aveau în medie un venit disponibil mai mare sau egal cu 50 dolari (U.S.D.) Aceste rezultate au fost confirmate de "follow-up-ul"după 5 ani (Volberg şi Moore, 1999). În plus, cei care jucau regulat, lucrau cel puțin 10 ore pe săptămână, spre deosebire de cei care nu jucau. Aceste rezultate au fost confirmate şi de către Wiebe (1999). Totodată, non-jucătorii aveau venituri mai mici decât jucătorii. Winters şi colab. (1993) au găsit că nu se poate face o corelație între venituri şi statutul de jucător (non-problemă, la risc şi problemă).

IV.1.2.Variabile socio-demografice

a) Anturajul jucătorului

Anturajul jucătorului este variabil în funcție de tipul jocului şi de vârstă. Se pare că tinerii preferă să joace cu prietenii (Fisher, 1993 ;Gupta şi Derevensky, 1998 ; Wiebe, 1999).

Wiebe (1999) a efectuat un studiu în Manitoba, S.U.A., în ceea ce priveşte intensitatea jocului (non-problemă, la risc şi problemă), constatând totodată că majoritatea tinerilor joacă în compania prietenilor. Jocul de unul singur este mai puțin întâlnit, dar

Din păcate, deocamdată în Romania, nu există o strategie coerentă cu privire la profilaxia şi tratamentul jocului patologic de noroc şi a jocului problemă. Cu toate acestea, tulburarea este recunoscută de către specialiştii români, fiind diagnosticată, codificată şi raportată conform clasificării OMS- ICD-10, atât la nivelul Spitalelor de psihiatrie, cât şi la nivelul cabinetelor din ambulatorii şi al cabinetelor private.

Datorită creşterii ofertei şi a prevalenței jocurilor de noroc în rândul adolescenților, tinerilor şi adulților români, acest subiect este tot mai des dezbătut în mass-media(televiziune, radio, presa scrisă, internet). La ora actuală, există un program național de profilaxie şi de combatere a consumului de droguri în şcoli şi în instituțiile de învățământ superior, care a fost implementat cu succes în toată țara, fiind coordonat de către Agenția Națională Antidrog (A.N.A.).

În cadrul acestui program, au fost intreprinse mai multe campanii complexe anti-drog, dezbateri publice, competiții sportive, concerte muzicale, schimburi de experiență pe această temă cu tineri din alte țări, toate aceste acțiuni având un mare impact în mass-media şi în comunitate.

Având în vedere faptul că există o corelație dovedită ştiințific între adicția la drog\alcool şi jocul patologic de noroc, este oportună includerea problemei jocului patologic de noroc în cadrul acțiunilor A.N.A., fiind vorba în cazul jocului de o formă de dependență non-farmacologică. Această propunere a fost făcută în premieră națională în România de către Lupu şi colab., în anul 2001(b), cu ocazia celei de a 24-a Conferințe Naționale "Patologia psihică şi neurologică a adolescentului", care a avut loc în capitala României, Bucureşti, în timpul expunerii raportului privind jocul patologic de noroc la adolescenții români. Cu acelaşi prilej, s-a făcut un apel pentru realizarea unui efort conjugat al comunității cu legislativul, cu specialiştii din domeniul sănătății mintale pentru realizarea acestui obiectiv. Aceste idei au fost expuse şi în capitolul intitulat "Jocul patologic de noroc la adolescenți",autor Viorel Lupu, din N. Miu, "Tratat de medicină a adolescentului", apărut în anul 1999 , la Cluj-Napoca (Lupu,1999).

În anul 2005 a fost aprobat un parteneriat între Ministerul Educației şi Cercetării din România şi Colegiul Psihologilor din România, fiind reprezentat de Asociația de Psihoterapii Cognitive şi Comportamentale din România pentru implementarea unui program național de educație rațional-emotivă şi comportamentală adresat elevilor, părinților, profesorilor şi psihologilor şcolari. În cadrul acestui

- riscuri legate de factori structurali, ținând de natura tipului de joc, cu referire la chestiunea întârzierii între momentul mizei şi obținerea posibilului câştig.

După cum se ştie, cu cât frecvența jocului este mai mare, cu atât creşte periculozitatea potențială pentru jucătorii vulnerabili. Ar fi esențial şi de dorit ca operatorii de jocuri de noroc să fie implicați în prevenția primară şi în poltica de reducere a riscurilor.

Datorită unei deficiențe privind datele epidemiologice şi politicile sanitare legate de jocul patologic în România, şi bazându-ne pe literatura din domeniu, se impune realizarea unor astfel de studii cât mai ample pe întreaga populație de copii şi adolescenți din țară. Realizarea unui program de cercetare clinică şi paraclinică în acest domeniu, ar trebui să completeze studiile epidemiologice. Aceste cercetări sunt menite să depisteze diferiții factori de risc, dependenți şi de tipul de joc practicat şi de factorii de vulnerabilitate prezentați de diferiții jucători.

Dintre modalitățile de tratament disponibile în România pentru jocul patologic de noroc, enumerăm:

1. Utilizarea SSRI (Fluvoxamina, Clomipramina, Prozac);
2. Utilizarea stabilizatorilor dispoziției (Carbamazepine);
3. Terapiile cognitiv- comportamentale, incluzând terapia rațional-emotivă şi comportamentală , individuale şi de grup;
4. Consilierea familiei jucătorului;
5. Consilierea maritală;
6. Consiliere psihologică.

Având în vedere faptul că etiologia jocului patologic de noroc este plurifactorială, incluzând factori familiali\genetici, sociologici şi individuali, toate aceste elemente trebuie analizate atent în vederea conceperii unui program eficient de profilaxie primară, secundară şi terțiară a jocului patologic de noroc în România. Acest program trebuie să vizeze segmentul de populație cu risc crescut:

-sex masculin;
-vârsta adolescenței şi de adult tânăr;
-uzul de alcool şi droguri;
-prezența unui anturaj deviant;
-antecedente familiale de gambling şi de alte comportamente adictive.

Problema jocului patologic este mai mult decât una individuală, trebuind să fie abordată şi în context familial şi social. De asemenea, în cazul particular al adolescenților trebuie înțelese modurile variate în care aceştia percep jocul (Lupu,2009).

este mai frecvent la cei din categoria de joc-problemă (9%). Cei din grupul de joc non-problemă agreează să joace împreună cu părinții (29%). Cu toate acestea, diferențele nu sunt semnificative şi nu se poate stabili o corelație între anturajul jucătorului şi intensitatea practicării jocului.

Asemănător, Wallisch (1996) a raportat că cei din categoria jucătorilor au în mai mare proporție prieteni care joacă: 81% din jucătorii-problemă, 59% din jucătorii la risc şi 24% din jucătorii non-problemă, au prieteni care joacă. Alegerea anturajului pare să aibă legătură cu tipul jocului (Fisher, 1998, 1999; Volberg & Moore, 1999).

Fisher (1998) a constatat o relație semnificativă între anturajul jucătorului şi modul de joc. Astfel, jocurile electronice sunt mai frecvent accesate împreună cu prietenii, în timp ce “scratch-cards” şi loteria sunt mai frecvent practicate împreună cu părinții. În plus, jucătorii-problemă agreează să joace “scratch-cards”, loterie sau jocuri electronice împreună cu prietenii sau singuri (în nici un caz cu părinții sau familia), comparativ cu ceilalți copii. Aceste date sunt confirmate de către Volberg şi Moore (1999), care au constatat că jucătorii non-problemă agreează mai mult decât alții să joace împreună cu membrii familiei. Diferențele de sex şi de vârstă pot determina alegerea anturajului în practicarea jocului. Persoanele de sex feminin joacă mai frecvent cu cele de aceeaşi vârstă şi familia decât cele de sex masculin (Gupta şi Derevensky, 1998). Pe de altă parte, cei de sex masculin raportează mai frecvent că au un prieten cu joc-problemă. Practicarea jocului împreună cu membrii familiei are tendința să scadă cu vârsta, în timp ce jocul de unul singur sau cu prietenii, creşte cu aceasta.

b) Acceptul părinților privind jocul

Aşa după cum s-a mai discutat, tinerii sunt frecvent inițiați şi participă la activitățile de joc împreună cu părinții. În general, tinerii percep faptul că părinții lor sunt conştienți de comportamentul lor de joc, fapt demonstrat de unul din primele studii pe această temă efectuat de către Arcuri şi colab. (1985), care au constatat că 79% dintre părinții adolescenților investigați erau la curent cu faptul că ei joacă. Jucătorii-problemă şi cei la risc au afirmat că părinții lor nu sunt conştienți de activitățile lor de joc, spre deosebire de ceilalți adolescenți (Wallisch, 1996). Fisher (1998, 1999) a constatat că jucătorii-problemă din Marea Britanie afirmau că părinții lor ori aprobau ori erau nepăsători cu privire la jocul lor.

c) Participarea parentală la activitățile de joc

Practica de joc parentală se corelează puternic cu comportamentul de joc al adolescenților (Carlson & Moore, 1998; Fisher, 1998-1999; Griffiths, 2000; Volberg & Moore, 1999; Wiebe, 1999). De exemplu, Carlson şi Moore (1998) au constatat în S.U.A. că, dacă părinții copiilor practică jocuri de noroc, copiii la rândul lor vor juca mult mai frecvent decât alții şi îşi vor începe activitatea de joc la o vârsta mai precoce. Influența jocului parental se face simțită şi în ceea ce priveşte modalitatea de joc. De exemplu, Browne şi Brown (1994) au constatat că elevii ai căror părinți joacă la loterie au şanse mai mari să cumpere şi ei înşişi bilete de loterie şi că statutul de jucători al părinților este un puternic predictor pentru jocul la adolescenți. Observații asemănătoare s-au consemnat şi în Marea Britanie: adolescenții care jucau la lozuri răzuibile("scratch-cards") şi la jocuri electronice aveau părinți implicați în activități asemănătoare. Astfel, tinerii ai căror părinți jucau intens sau aveau probleme legate de joc, erau mai susceptibili să prezinte şi ei aceeaşi problemă (Griffiths, 2000).

Fisher (1999) a arătat că jucătorii-problemă relatau de 3 ori mai frecvent decât ceilalți adolescenți că părinții joacă la rândul lor mai des.

Browne şi Brown (1994) au observat că angajarea părinților şi camarazilor în activități de joc constituie cel mai bun predictor al statutului de jucător. Ei au argumentat că acest fapt se poate explica prin teoria învățării sociale care a fost descrisă de către Bandura, (1977, 1986). Conform acestei teorii, subiecții sunt tentați să adopte un anumit comportament, care este asemănător cu al celora pe care îi respectă (părinți sau camarazi) şi astfel apare o modelare a comportamentului. În plus, se pare că jocul parental are o influență şi mai mare decât cel al camarazilor, cu atât mai mult cu cât acesta apare mai precoce în viață.

Wiebe (1999) a investigat relația dintre "suportul parental" şi jocul adolescenților. Atunci când un adolescent are un părinte sau un adult apropiat cu care poate comunica, acest fapt se corelează semnificativ cu statutul de jucător. 26% dintre jucătorii-problemă au raportat că ei nu au avut pe nimeni cu care să vorbească despre acest lucru, comparativ cu 10% în cazul jucătorilor la risc, 5% în cazul jucătorilor non-problemă şi 2% la non-jucători. Natura cauzală a acestei relații este neclară, dar jocul poate fi o consecință a deteriorării relațiilor cu familia şi camarazii.

prevăzută alocarea a 0,5% din impozitele provenite din aceste activități pentru a finanța profilaxia şi tratamentul jocului excesiv în Elveția.

Pentru implementarea unor măsuri profilactice sunt foarte importante studiile epidemiologice care să precizeze prevalența abuzului în funcție de tipul de joc, subliniind factorii de risc specifici. Trebuie cunoscuți foarte bine şi factorii generali de vulnerabilitate la adicția prin joc: factorii individuali, familiali şi sociali. O mai bună cunoaştere a factorilor de risc, va permite difuzarea unor informații precise şi documentate despre joc, adică prevenția va putea fi țintită la nivelul categoriilor de risc din populație.

Pentru prevenția primară este necesară informarea publicului larg asupra riscurilor legate de practicarea jocurilor de noroc, pe modelul celei făcute pentru abuzul de alcool sau tabagism. Materialele pot fi difuzate pe suporturi multiple (broşuri, mesaje media). Conținutul informațional trebuie să facă referire la primele simptome ale abuzului, primele simptome ale dependenței, fără a omite repercusiunile care pot apare în special la nivelul relațional cu anturajul apropiat.

Obiectivul acestei campanii de informare este de a-i permite atât jucătorului, cât şi anturajului să ia la cunoştință cât mai repede posibil asupra problemei şi a posibilității de a apela la un ajutor de specialitate. Obiectivul acestui demers de prevenție primară este şi acela de a permite o reflexie pluridisciplinară asupra riscului reprezentat de diferitele oferte de joc, vis-à-vis de o populație vulnerabilă, putând implementa o serie de măsuri care să reducă aceste riscuri. Printre aceste riscuri, se pot enumera:

- riscuri legate de modalitățile de promoție-comunicare în legătură cu jocurile, atunci când acestea sunt susceptibile să contribuie la implementarea unor credințe mai mult sau mai puțin irațională, sau pe care le pot întări, cum ar fi legile hazardului şi posibilitățile apariției unui impact negativ asupra jucătorului;
- riscuri legate de factori situaționali, incluzând chestionarea accesibilității la jocuri, chestionarea locațiilor de joc disponibile. Accesibilitatea minorilor sub 16 ani constituie o problemă particulară, necesitând reguli şi o vigilență specifică;
- unele elemente contextuale par a favoriza sau a întreține practicarea jocurilor la risc, contextul senzorial particular, asocierea cu alte consumuri, care pot fi tot la risc;

şi cu o durată variabilă, în sistemul spitalizării de zi sau în sistem de îngrijire mai secvențial. Impactul favorabil al unor astfel de programe asupra atitudinii jucătorilor au fost studiate de către Breen şi colab. (2001).

Un recent editorial al American Journal of Psychiatry (Tamminga & Nestler, 2006) a arătat eficacitatea unui antagonist glutaminergic, în doză mică, într-un studiu dublu-orb (Grant şi colab., 2006).

Experiența clinică şi datele din literatură arată că din punct de vedere terapeutic, în cazul jucătorilor patologici, trebuie să se țină seama de următoarele:

- munca motivațională şi ajutorarea pacientului în a conştientiza realitatea problemei şi importanța sa şi consecințele sale posibile, şi obținerea acceptării unui sprijin, atât al pacientului, cât şi al anturajului;
- luarea în evidență şi tratamentul eventualelor comorbidități, cum ar fi: tulburările dispoziției, tulburările anxioase, precum şi a altor adicții asociate;
- garantarea asigurării asistenței calificate pe toată durata, în ciuda vicisitudinilor evolutive şi a recăderilor. De fapt, prevenirea recăderilor are importanță fundamentală în terapie;
- abordarea cognitiv-comportamentală a factorilor de întreținere şi a riscurilor de recădere după identificarea situațiilor de risc (relații şi activități alternative, gestionarea stresului şi a emoțiilor, momentele de inactivitate);
- importanța grupurilor de intervenție: grupuri de discuții, grupuri de întrajutorare, grupuri terapeutice, în care se antrenează afirmarea de sine şi se exprimă sentimentele, abordându-se şi aspectele cognitive ale problemelor.

În majoritatea țărilor industrializate este structurată o ofertă de îngrijiri specifice pentru jucătorii patologici, care îmbracă diverse forme în funcție de țară. De exemplu, în Quebec (Canada), sub îndrumarea lui Robert Ladouceur şi a echipei sale, de la departamentul de Psihologie al Universității Laval, a luat ființă un centru de excelență, pentru cercetarea, profilaxia şi tratamentul jucătorilor patologici de noroc. Rezultatele cercetărilor au devenit politici de intervenție, care au fost implementate apoi, şi în diferite oraşe de provincie.În Elveția există mai multe centre şi instituții care se ocupă cu tratamentul şi prevenția jucătorilor patologici. Acestea sunt integrate în structurile care se ocupă deja de adictologie. În iulie, 2006 a fost amendată legea privind loteriile şi pariurile, fiind

d) Accesul la joc

Ashworth & Doyle (2000) au cercetat 2500 de tineri din Marea Britanie şi au constatat că majoritatea îşi obțineau biletele de loterie sau de “scratch-cards” prin intermediul unui adult. Cu toate acestea, ei au constatat că 7% dintre aceştia îşi procurau aceste tichete de la Loteria Națională, deşi nu aveau vârsta legală pentru acest lucru.Mulți dintre ei îşi cumpărau personal tichete sau prin intermediul unui tânăr. Carlson şi Moore (1998) au evaluat acest comportament la populația americană, cercetându-l pe un lot de 1000 de tineri. Ei au raportat că 1/3 din ei au jucat la loterie în ultimele 12 luni. Dintre aceştia, 35% relatau că şi-au procurat tichetele ei înşişi (ilegal). Locurile de întâlnire cele mai populare pentru procurarea tichetelor de joc au fost magazinele de tip “Alimentara” (18,6%) şi alte tipuri de magazine (12,9%). Totuşi, la fel ca în cercetarea britanică, 50% au relatat că şi-au procurat tichetele de joc cu ajutorul părinților, camarazilor sau altor persoane.

e) Cadrul de desfăşurare a activității de joc

Locurile în care se desfăşoară activitățile de joc sunt variabile în funcție de tipul de joc, de statusul jucătorului şi de variabilele demografice.

Wiebe (1999) a găsit o relație semnificativă între intensitatea jocului (non-problemă, la risc şi problemă) şi locurile de desfăşurare a activității de joc la adolescenții americani. În general,tinerii preferă să joace acasă la prieteni. Practicarea jocurilor de noroc în localurile de bingo este următoarea locație atât pentru jucătorii la risc, cât şi pentru cei problemă. O altă locație comună pentru jucătorii patologici este casinoul, urmat de bar sau pub. Evident, acestea sunt corelate cu tipul jocului: din cei 6% care au practicat jocuri electronice, majoritatea (61%) au făcut acest lucru într-un bar sau pub şi doar 1% au făcut-o în casino.

Asemănător, Fisher, în Marea Britanie (1993, 1998, 1999) a constatat că pub-urile şi localurile de distracție sunt cele mai populare pentru practicarea jocurilor electronice.

În cea mai recentă cercetare, acest autor a raportat că 44% dintre tineri au practicat jocuri electronice în pub, în ultima săptămână, 35% în localuri de pe litoral şi 32% pe continent. Alarmant, începând cu 1993, rata practicării jocurilor electronice în pub-uri (20,2%) a crescut de mai mult de 2 ori (Fisher 1993). Vârsta se corelează foarte semnificativ cu locul unde se practică jocul.

Astfel, există o corelație liniară-pozitivă între vârstă şi practicarea jocului în pub-uri şi localuri de distracție. Poulin (2000) a investigat relația dintre practicarea jocului şi utilizarea unei identități false. O rată înaltă a jocului-problemă a fost constatată la elevii din clasele mici, care au raportat identități false, comparativ cu cei mari care nu au făcut acest lucru. Mai mult, minciuna în privința vârstei sau a identității a fost găsită ca fiind un factor independent de risc pentru jocul-problemă. Jocurile electronice au fost activitatea asociată cu cea mai mare rată a utilizării identității false.

f) Credințe şi atitudini privind jocul

Credințele şi atitudinile pe care le au tinerii în legătură cu jocul sunt importante pentru înțelegerea mecanismelor implicate în ceea ce priveşte jocul persistent. Unele din cele mai recente studii de prevalență au investigat pe scurt corelația dintre comportamentul de joc şi atitudine (Carlson & Moore, 1998; Gupta & Derevensky, 1998 ; Wallisch, 1996, Wiebe, 1999).

Rosenstein şi Reutter (1980) au găsit că o mare proporție (78%) din lotul studiat de ei erau de acord cu legalizarea jocurilor. Contrar acestor observații, alte studii au indicat că elevii aveau păreri diferite în această privință. De exemplu, Wallisch (1996) a constatat că 55% dintre elevii texani investigați au fost de acord că adolescenții ar trebui să aibă dreptul legal de a paria. Mai mult, jucătorii la risc şi cei problemă sunt mai susceptibili să fie de acord cu faptul că adolescenții trebuie să aibă dreptul să joace dacă doresc acest lucru. Autorii propun că jucătorii-problemă ar fi bine să conştientizeze în mai mare măsură riscurile posibile, cu atât mai mult cu cât ei sunt mai expuşi decât jucătorii la risc. Există mai multe cercetări care arată că atitudinile legate de "dreptul de a juca" se corelează cu comportamentul de joc. De exemplu, 79% consideră că ar fi înțelept ca loteria din Texas să impună restricționarea accesului în funcție de vârstă. Această opinie este mai puțin agreată de cei care la rândul lor au jucat la loterie.

g) Importanța jocului ca activitate

Se pare că mulți adolescenți nu percep jocul ca pe o activitate importantă din viața lor. Wiebe (1999) a chestionat adolescenții americani asupra importanței jocului ca activitate, comparativ cu alte opțiuni de petrecere a timpului liber, existând 4 variante de răspunsuri: "foarte important","destul de important","nu foarte important" şi "deloc important". Majoritatea covârşitoare (98%) au

X. TRATAMENT ŞI PROFILAXIE

Pietrzak (2003) afirma faptul că rapida extensie a jocului legalizat este asociată cu creşterea tulburărilor printre adolescenții şi adulții din toată lumea. În America, 6% din adulți şi 20% din adolescenți prezintă probleme legate de joc. Cu toate acestea, există puține studii referitoare la posibilitățile de tratament. Unele dintre acestea au inclus grupurile GA (Gamblers Anonymous), psihoterapia cognitiv-comportamentală (CBT), şi psihoterapia de stimulare motivațională (MET - Motivational Enhancement Therapy).

Au fost utilizate 3 clase de substanțe pentru tratamentul jocului patologic la adulți- inhibitori ai recaptării serotoninei, antagonişti opioizi şi stabilizatori ai dispoziției. Unele substanțe s-au dovedit a fi utile în tratamentul jocului patologic la adulți, dar nu şi-au dovedit eficiența la adolescenți. Posibile motive pentru golul în cercetare ar fi: lipsa motivației de a iniția tratamentul şi percepțiile negative asupra terapiei. Ar trebui utilizate şi datele obținute de la părinți, profesori şi prietenii adolescenților.

Potenza (2002) sublinia rolul medicului generalist în prevenția şi tratamentul problemelor legate de joc.

Literatura referitoare la abordarea terapeutică a jocului patologic s-a dezvoltat în ultimii ani. Într-o metaanaliză efectuată pe 37 de studii realizate între 1968-2004, Pallesen şi colab. (2005) au concluzionat că există eficacitate pe termen scurt şi mai lung a intervențiilor psihoterapeutice, corelate cu numărul de şedințe, în special la studiile în care includerea pacienților nu s-a făcut prin criterii diagnostice standardizate, ci prin cele randomizate.

Grant şi colab.(2004) au studiat 50 de pacienți ambulatori, cu o durată de supraveghere de 1 an, constatând că 50% dintre aceştia au întrerupt tratamentul şi au indicat ca bun predictor al aderenței la terapie un răspuns bun obținut în primele săptămâni. De asemenea, au notat că este foarte importantă prezența unui mediu suportiv. Terapiile cognitiv-comportamentale ocupă un loc central în tratamentul jocului patologic de noroc, fapt relevat de numeroase studii pe acest subiect (Lopez Viets & Miller, 1997; Petry & Armentano, 1999; Sharpe, 2002; Toneatto & Ladouceur, 2003; Travares şi colab. 2003; Toneatto & Miller, 2004; Petry şi colab., 2006;Lupu,2008). În țările anglo-saxone şi francofone există programe de restructurare cognitivă, mai mult sau mai puțin formale

indicat că jocul nu este foarte important sau că nu este important deloc. Cum era de aşteptat, au fost găsite diferențe semnificative în atitudine, legate de comportamentul de joc. Astfel, jucătorii la risc şi cei problemă au fost semnificativ mai mult de acord că jocul este o activitate importantă în viețile lor: dintre jucătorii-problemă, 16% au răspuns cu: ”destul de important”, comparativ cu 7% pentru jucătorii la risc şi 1% pentru non-jucători. Interesant, foarte puțini tineri au indicat faptul că jocul este foarte important pentru ei: numai 1% din jucătorii la risc şi cei problemă şi 0% din non-jucători.

h) Motivația jocului

Există o diferență clară asupra faptului că tinerii joacă în scop de distracție şi\sau pentru obținerea unei stări de excitație şi că aceşti factori motivaționali sunt diferiți în funcție de statusul jucătorului (Griffiths, 1990 a, 1990 c ; Gupta şi Derevensky, 1998 ; Volberg, 1994 şi Wiebe, 1999).

Wiebe (1999) a prezentat subiecților studiați o listă cu 10 motive pentru care oamenii practică jocuri şi le-a solicitat să selecteze acele motive care sunt mai relevante pentru ei. Primul motiv indicat a fost distracția şi amuzamentul. Alte motive frecvent invocate au fost: câştigul de bani, activitățile comune cu prietenii sau starea de excitație şi provocare pe care le-o induce jocul. Au fost găsite diferențe în funcție de categoria de joc practicată. Tinerii încadrați în categoria “la risc” sau “jucătorii-problemă” afirmau semnificativ mai mult decât jucătorii non-problemă că există următoarele motive pentru a juca: activități comune cu prietenii, starea de excitație şi de provocare obținută; pentru că ei se gândesc că sunt norocoşi; câştigul de bani; uitarea necazurilor; considerarea jocului că este un domeniu la care se pricep.

Gupta şi Derevensky (1998) au găsit tendințe similare în motivația adolescenților din Montreal. În general, cei mai mulți adolescenți (79,5%) au fost de accord că distracția reprezintă cel mai important motiv pentru a se angaja în activități de joc.Un alt motiv frecvent invocat este dorința de a face bani (61,9%) şi de a obține starea de excitație (59,4%). Jucătorii-problemă şi cei patologici sunt mai tentați să declare, spre deosebire de jucătorii sociali, că următoarele considerente sunt mai importante pentru ei: evadarea din probleme, ameliorarea depresiei, relaxarea, faptul că se simt mai maturi, socializarea.

i) Jocul, ca modalitate de câştig al banilor sau ca obicei dăunător

Mulți adolescenți nu sunt de acord cu ideea că jocul este o bună modalitate de a câştiga bani. De exemplu, Carlson şi Moore (1998) au efectuat o cercetare intitulată: "În ce măsură considerați că jocul este o bună modalitate de a câştiga bani?", cu următoarele răspunsuri posibile: "foarte bună", "destul de bună" şi "deloc bună". 88% au răspuns ca fiind "deloc bună", 11% "destul de bună" şi doar 0,7% au spus că este "foarte bună". Pe de altă parte, jucătorii patologici sunt semnificativ mai tentați ca nejucătorii să afirme că jocul este o modalitate destul de bună sau foarte bună de a câştiga bani. Similar, elevii din clasa a VIII-a au răspuns că sunt de acord în acest sens. Majoritatea băieților au răspuns afirmativ de 2 ori mai mult decât fetele (Jackson şi colab., 2000). Wallisch (1993,1996) a constatat o proporție destul de mare (25% în 1996 şi 21% în 1993) de elevi care erau de acord cu următoarea afirmație: "Eu cred că aş putea câştiga mulți bani, practicând jocuri de noroc, cum ar fi loteria". Mai mult, jucătorii la risc şi cei problemă sunt mai tentați să fie de acord cu această afirmație decât ceilalți adolescenți (56% din jucătorii-problemă şi 39% din cei la risc), sunt de acord cu acest lucru.

Jackson şi colab. (2000) au chestionat mai mulți participanți dacă sunt sau nu de acord cu următoarea afirmație:"Jocul nu este nociv, atâta timp cât nu se fac excese". În general,majoritatea sunt de acord cu această afirmație, procentajul celor de sex masculin fiind mai ridicat decât pentru sexul feminin.

Asemănător, Wallisch (1996) a constatat că elevii au păreri diferite legate de nocivitatea jocului. Jucătorii la risc şi cei problemă sunt mai tentați să afirme că jocul nu este nociv. Se pare că tipul de joc este important în aprecierea atitudinii față de nocivitatea jocului. De exemplu, atitudinea cu privire la loterie este mai îngăduitoare, 3/4 dintre cei intervievați fiind de acord că loteria este utilă. Autorii au constatat că adolescenții cu vârste mai mari, şi cei de sex masculin sunt mai susceptibili să afirme acest lucru decât ceilalți.

IV.1. 3.Rolul factorilor cognitivi
a)Percepția îndemânării şi a norocului în joc

Tinerii cred că îndemânarea şi norocul joacă un rol în câştigul la joc. Gupta şi Derevensky (1998) au evaluat percepția, rolul îndemânării şi norocului la tineri jucători, cu ajutorul unei scale cu 7

VIII. DIAGNOSTICUL DIFERENȚIAL AL JOCULUI PATOLOGIC DE NOROC

Trebuie să se diferențieze jocul patologic de noroc de:

- jocul de noroc ca obicei social, joc de agrement sau pentru a obține bani, dar, în acest caz, jocul este întrerupt în momentul pierderii de bani sau apariției de efecte neplăcute;
- jocul excesiv de noroc la maniaci, la care apar şi alte simptome relevante pentru diagnostic;
- jocul de noroc la personalități sociopate, care au tulburări mai generale şi mai persistente de comportament antisocial, manifestate prin tulburări şi acte agresive sau demonstrează o deficiență marcată a preocupărilor față de binele sau sentimentele altora;
- depresia mascată prin tulburări de conduită care poate să apară la adolescenți, dar trebuie să existe şi semne ca: astenia, fatigabilitatea, insomniile, modificările de apetit.

IX. EVOLUȚIE ŞI PROGNOSTIC

Jocul patologic de noroc evoluează cu intensificări şi atenuări, dar tinde să fie cronic, ducând la dezadaptare şcolară, profesională, familială şi socială.

Se poate complica uşor cu abuzul şi dependența de substanțe psihoactive, asocierea la grupuri antisociale cu săvârşirea unor fapte ilegale, precum şi cu frecvente tentative de suicid.

puncte (Scala Likert: 1=deloc; 7=mult). Elevii au mărturisit că în joc cel mai important este norocul (scorul mediu=5.69), alături de îndemânare, care are o pondere de 4,66. Există diferențe semnificative legate de sex în percepția implicării norocului în joc: cei de sex masculin agreează mai mult implicarea norocului în joc decât cei de sex feminin.Această tendință a fost constatată atât la jucătorii patologici, cât şi la cei non-patologici. Interesant este faptul că ambele sexe sunt de acord cu implicarea îndemânării, indiferent de statusul jucătorului.

Asemănător, adolescenții din Manitoba au fost întrebați despre abilitățile necesare pentru a câştiga la jocuri: multe, puține sau deloc. S-a constatat că aceste păreri erau legate de tipul de joc, non-jucătorii fiind ultimii care erau de acord cu rolul acestor abilități. Adolescenții care participau mai activ la jocurile de îndemânare, considerau că aceste jocuri au un rol foarte important în câştig. Contrar celor afirmate de Gupta şi Derevensky (1998), s-a observat că adolescenții de sex masculin sunt mai tentați să gândească astfel, probabil şi datorită faptului că ei joacă mai frecvent.

b) Factori nefavorabili asociați cu jocul

Există o serie de factori nefavorabili asociați cu practicarea jocului-problemă. Dintre aceştia, cei mai importanți sunt: implicarea în alte comportamente adictive, delincvența, depresia, reacțiile disociative, rezultatele şcolare slabe, tulburările disruptive în familie şi legate de camarazi şi tulburările de comportament alimentar.

b.1) Implicarea în alte comportamente adictive

Acest aspect a fost frecvent studiat, ajungându-se la concluzia că tinerii care practică jocul (incluzând aici jocul-problemă) se confruntă des cu uzul de tutun, alcool, substanțe ilegale şi delincvența (Volberg, 1994; Vitaro, 1998).

Fisher (1998,1999) a constatat o relație semnificativă între jocul-problemă şi uzul de alcool, tutun şi substanțe ilegale. Alcoolul a fost cea mai utilizată substanță (73% dintre jucătorii-problemă şi 46% dintre jucătorii non-problemă) pentru subiecții care au participat la jocuri în săptămâna precedentă studiului. 47% dintre jucătorii-problemă au fumat în ultima săptămână, comparativ cu 22% dintre non-jucători. Jucătorii-problemă au utilizat de cel puțin 3 ori mai multe droguri ilegale decât cei non-problemă (20%, față de 9%). O mare proporție dintre adolescenții studiați de către Fisher în Marea Britanie (1998, 1999) au relatat faptul că nu s-au simțit bine datorită

consumului de țigări, alcool, droguri ilegale şi jocuri în ultimul an. În general, alcoolul şi jocurile electronice au fost activitățile cu frecvență în creştere şi care au confirmat acest lucru. Dintre cei 9774 adolescenți investigați, s-a constatat că:
-23% se simțeau rău datorită cantității de alcool consumate;
-22% se simțeau rău datorită practicării jocurilor electronice;
-19% se simțeau rău datorită numărului excesiv de țigări fumate;
-12% se simțeau rău datorită participării la loterie;
-8% se simțeau rău datorită consumului de droguri ilegale.

Dintre cei 549 de tineri identificați ca fiind jucători-problemă, s-a constatat că:
-58% se simțeau rău datorită practicării jocurilor electronice;
-41% se simțeau rău datorită consumului de alcool;
-37% se simțeau rău datorită numărului de țigări fumate;
-35% se simțeau rău datorită practicării jocului la loterie;
-21% se simțeau rău datorită consumului de droguri ilegale.

S-a demonstrat astfel că adolescenții cu joc-problemă sunt mai susceptibili să consume alcool şi droguri ilegale şi să caute asistență pentru această problemă (Gupta & Derevensky, 1998 ; Volberg şi Moore, 1999).

b.2)Delincvența

Comportamentele delictuale sunt mai frecvent asociate cu statutul de jucător: adolescenții cu joc-problemă fiind mai frecvent implicați în delicte (Arcuri şi colab. 1985;Winters şi colab. 1993). Comportamentele tipice clasificate ca delincvente includ şi performanțele şcolare scăzute care se asociază frecvent cu statutul de jucător. Comparativ cu alți elevi, aceştia au mai frecvent următoarele probleme: rezultate şcolare slabe, absenteism şcolar, mustrări din partea conducerii şcolii, iar părinții lor sunt chemați mai des la şcoală pentru explicații (Wallisch, 1993; Winters şi colab., 1993).

Comportamentele delictuale includ acte ilegale sau necinstite, furt de bani sau vânzări de droguri, probleme cu poliția şi/sau arestări.Aceste comportamente au fost citate de mai mulți autori(Fisher, 1999; Lesieur şi colab., 1991; Wallisch, 1996; Wiebe, 1999). De asemenea, se întâlnesc următoarele comportamente: utilizarea banilor primiți pentru mâncare la joc, vânzarea bunurilor pentru obținerea banilor şi alte comportamente antisociale (Fisher, 1993 ;Stinchfield, 1997;2000).

În concluzie:

1) La subiecții de sex masculin s-au obținut scoruri mai înalte.

2)Scorurile pentru reprezentantele de sex feminin au arătat o variație mai mare , în funcție de testul utilizat, decât scorurile pentru cei de sex masculin.

Probabil, aceste diferențe s-au datorat faptului că, aşa ca pentru cele mai multe adicții, şi la jocul patologic, studiul a fost făcut pe persoane de sex masculin (Mark & Lesieur, 1992). Deci, concluziile sunt inexacte cu privire la ambele sexe, dar mai ales la sexul feminin.

La fel ca pentru studiul bazat pe diferențele de sex, şi criteriile etnice şi culturale, au fost puțin luate în considerare în interpretarea jocului. De exemplu, MAGS se bazează pe studiul efectuat pe un eşantion constând din 95-97% adolescenți albi şi 1-2% americani-africani (Shaffer şi colab., 1994).

Lesieur (2003) a arătat că valabilitatea şi veridicitatea SOGS trebuie analizată din perspective anticulturale. Este deci necesară verificarea clasificărilor bazate pe chestionare, care utilizează diferiți itemi.

Aceste teste prezintă lacune din punct de vedere al factorilor socio-culturali implicați în problema jocului. Majoritatea testărilor standardizate referitoare la joc studiază sentimentele negative şi comportamentul la care se ajunge datorită jocului. Jocul-problemă este văzut ca o disfuncție a personalității şi, în concluzie, practicienii etichetează jucătorii ca "jucători-patologici". Ca urmare, acuratețea în problema jocului nu este îndeplinită şi jocul-problemă continuă să fie estimat doar pe baza chestionarelor.

10. S-a întâmplat vreodată ca jocul să vă creeze probleme cu prietenii sau cu membrii familiei?
11. Aţi avut vreodată probleme la şcoală sau la serviciu din cauza jocului?
12. V-aţi neglijat vreodată obligaţiile (de ex. familie, serviciu sau şcoală) de două sau mai multe zile la rând din cauza jocului?
13. Aţi cerut vreodată ajutorul cuiva în legătură cu jocul?
14. Aţi fost vreodată arestat pentru activitatea de joc?

Sistemul de cotare:

Toţi itemii trebuie dihotomizaţi cu ”da” sau ”nu”, cu excepţia întrebării 2, care are 3 variante de răspuns:”puţin”, ”cam aşa” sau ”mai mult”. O persoană care dă 5 răspunsuri ”da” poate fi clasificată ca ”jucător patologic”.

VII.2.5. Aspecte privind depistarea (screening-ul) cazurilor de joc

Au fost studiate aceste aspecte din punct de vedere epidemiologic, instrumentele folosite bazându-se pe un model. Cu excepţia ultimei versiuni a DSM-IV-J, itemii screening-ului individual, sunt dihotomizaţi şi bazaţi pe binaritate. În final, participanţii la studiu au fost împărţiţi în jucători problemă sau non-problemă. Ar fi necesară o nouă viziune lărgită asupra continuităţii comportamentului jucătorilor. Unii cercetători au început să includă şi o a 3-a categorie:jucători ”la risc”. Screening-ul asupra jocului la adolescenţi diferă din punct de vedere al diagnosticului. De exemplu, Derevensky şi Gupta (2000) au comparat SOGS-RA, DSM-IV-J şi 20- GA (cele 20 întrebări ale Jucătorilor Anonimi). Au fost urmăriţi 980 adolescenţi, cu fiecare din aceste teste. Cea mai conservatoare metodă de măsurare a fost DSM-IV-J (3,4%), urmată de SOGS-RA (5,3%) şi GA (6%). Deci, rata prevalenţei diferă în funcţie de metoda de măsurare. În fine, o diferenţă de 2,6% între rezultatele testelor nu a fost considerată chiar aşa de mare. Diferenţele din punct de vedere al sexului variază în funcţie de testul utilizat. De exemplu, în anul 2000, Derevensky şi Gupta au identificat într-o populaţie de adolescenţi, pe acelaşi eşantion de sex feminin, ca jucători patologici: prin DSM-IV-J, 1%; prin SOGS-RA, 1,5%; prin GA-20 , 3,5%. (în timp ce rata privind jocul problemă la sexul masculin era mult mai mare, indiferent de testul utilizat).

b.3)Depresia

Depresia coexistă frecvent cu jocul patologic la adulţi, fapt relevat de mai multe studii, care îi compară pe jucătorii patologici cu cei non-patologici (Gupta şi Derevensky, 1998 ; Wiebe, 1999). Date asemănătoare au fost raportate la populaţia de adolescenţi, la care s-a observat că jucătorii-problemă şi cei la risc sunt mai predispuşi la depresie şi afirmă că au fost nefericiţi în lunile anterioare (Wallisch, 1993-1996; Wiebe, 1999). Mai mult, jucătorii patologici şi cei problemă, tineri şi adulţi comit mai multe tentative de suicid decât ceilalţi (Ladouceur şi colab., 1994 , Blazsczynski şi colab., 1998).

b.4) Reacţii disociative

Au fost trecute în revistă reacţiile disociative care apar în timpul jocului, dintre care citãm următoarele:
-pierderea noţiunii timpului, de-a lungul jocului;
-sentimentul de a fi o persoană diferită de propria persoană;
-senzaţia de extracorporalitate şi asistarea din afara propriului corp la joc;
-senzaţia de intrare în transă şi experienţierea unor lacune mnestice pentru lucruri care au avut loc în timpul jocului.

Au fost identificate corelaţii între reacţiile disociative din timpul jocului şi statutul de jucător (Canadian Foundation on Compulsive Gambling-Ontario, 1994; Gupta şi Derevensky, 1998). Se pare că reacţiile disociative sunt mult mai frecvente şi mai pervazive la adolescenţii cu probleme de joc (Jacobs, 2000). Pierderea noţiunii timpului este cel mai frecvent efect experienţiat (31-75%), urmat de sentimentul de a fi o altă persoană (12-53%) (Wynne şi colab., 1996).

IV.1.4.Cercetări epidemiologice legate de jocurile de noroc

Cercetările epidemiologice au demonstrat că jocul este o activitate comună, aprobată social, practicată de populaţia de adolescenţi. În ciuda acestei acceptări sociale, studiile s-au axat pe riscurile şi problemele consecutive asociate cu jocul.

1)Factori de risc corelaţionali

Cercetările au identificat următorii factori de risc pentru jocul-problemă sau la risc:
-sexul masculin;

-o bună situație materială;
-apartenența la o minoritate etnică;
-părinții la rândul lor jucători sau cu alte probleme de adicție;
-inițierea precoce în practicare jocurilor;
-atitudini permisive privind jocul;
-părerea că jocul este o cale bună de a câştiga bani;
-ideea că jocul nu este dăunător;
-opinia că jocul este o activitate importantă;
-percepția prezenței unei abilități deosebite la jucători;
-angajarea în alte comportamente adictive;
-comportamentele delictuale;
-depresia;
-experiențierea frecventă a unor reacții disociative în timpul jocului.

Trebuie notat faptul că în ansamblu, metodele statistice aplicate în cercetările epidemiologice au avut mai mult un caracter descriptiv, analiza fiind limitată la corelații şi analiza de varianță (Venisse şi colab.,2007).

2)Cercetări longitudinale şi încrucişate la adolescenții jucători

Există puține studii longitudinale la adolescenți. Speculațiile legate de tendințele pe termen lung s-au bazat pe 2 surse:

1)studii replicative (care sunt incapabile să urmărească anumiți parametri pe parcursul timpului);

2) compararea prevalenței în cadrul unor studii succesive independente.

Cercetarea din Minnesota a cuprins atât studii longitudinale, cât şi încrucişate.

Studiul încrucişat a presupus evaluarea întregii populații şcolare din clasele a VI-a, a IX-a şi a XII-a, în anii 1992-1995 şi 1998. Au fost incluşi 7 itemi specifici pentru joc (bazați pe frecvență şi 2 bazați pe problemă), care au fost incluşi în "the Minnesota Student Survey", care se referă la mai multe domenii ale sănătății. (Stinchfield, 2000; 1997).

În anul 1990, tot în Minnesota, a fost inițiat un studiu longitudinal prin interviu telefonic. Lotul de pornire a fost format din 702 adolescenți, cu vârste cuprinse între 15-18 ani, dintre care 532 au fost reintervievați 18 luni mai târziu (Winters şi colab.,1993, 1995).Cel mai semnificativ rezultat a fost cel cu privire la preferințele de joc, care s-au schimbat semnificativ o dată cu înaintarea în vârstă. Activitățile ca: jocul cu monezi, jocuri de îndemânare şi pariurile sportive devin mai puțin populare o dată cu înaintarea în vârstă, în

11. Aveți încredere ca alții (de ex. familie, prieteni sau colegi de serviciu) să vă susțină cu bani pentru a rezolva o situație financiară disperată cauzată de joc?

12. În ultimele 12 luni, ați făcut eforturi fără succes pentru a limita, reduce sau stopa jocul?

Sistemul de cotare:

Toți itemii necesită dihotomizare (răspunsuri „da" sau „nu"). Fiecare răspuns pozitiv primeşte 1 punct, cu excepția itemilor 2, 3, 4 sau 5, din care fiecare primeşte 5 pentru un răspuns pozitiv. Un respondent cu un scor total de 5 poate fi clasificat ca un „jucător patologic".

VII.2.4. Massachusetts Gambling Screen (MAGS)

Este screening-ul cel mai puțin utilizat pentru evaluarea problemelor de joc la tineri. Utilitatea MAGS este parțial îngrădită de baza sa binară. Din cei 26 de itemi, cu excepția unuia, toți necesită răspuns "da" sau "nu". Există 2 subscale, prima cuprinzând 14 itemi, adaptați unei baze binare: "Short Michigan Alcoholism Screening Test" (SMAST). Al doilea conține 12 întrebări, bazate pe criteriile DSM-IV. Participanții sunt clasificați în: jucători patologici, în tranziție şi jucători non-patologici. Deşi testul are o mare validitate, nu este frecvent utilizat (Shaffer şi colab., 1994).

Itemii Massachusetts Gambling Screen (MAGS)

Massachusetts Gambling Screen (MAGS) Subscale Items

1. Ați experiențiat vreodată o presiune socială, psihologică sau financiară pentru a începe jocul sau pentru a intensifica jocul?
2. Cât de mult jucați în comparație cu cei mai mulți oameni?
3. Credeți că frecvența cu care jucați este "normală"?
4. Prietenii sau rudele vă consideră un jucător "normal"?
5. Vă simțiți vreodată presat să jucați când nu jucați?
6. Vă simțiți vreodată vinovat în legătură cu jocul?
7. Există vreun membru al familiei care este îngrijorat sau se plânge în legătură cu faptul că jucați?
8. V-ați gândit vreodată să reduceți sau să stopați jocul?
9. Sunteți totdeauna capabil să stopați jocul când doriți?

-uneori
-des

b) Absențe de la şcoală?
-niciodată
-o dată sau de două ori
-câteodată
-des

Sistemul de cotare a răspunsurilor:
Răspunsurile cu ”da” sunt reprezentate de următoarele:
Întrebarea 1 &3: ”des”
Înrebarea 2: ”da”
Întrebarea 4&5: ”câteodată” sau ”des”
Întrebarea 6: ”mai mult decât 50% din dăți” sau ”de fiecare dată”
Întrebarea 7, 8 şi 9: ”o dată sau de două ori”, ”câteodată” sau ”des”
O persoană care are 4 răspunsuri “da” poate fi clasificată ca “jucător problemă”.

DSM-IV Subscale Items

1. Ați fost preocupat de modul de a obține bani pentru joc sau de a scăpa de ultimele experiențe de joc în ultimele 12 luni?
2. În ultimele 12 luni, ați folosit pentru joc sume tot mai mari de bani pentru a obține nivelul dorit de excitație?
3. Ați simțit în ultimele 12 luni că aceeaşi sumă de bani jucată a avut efect mai mic decât înainte?
4. Stoparea jocului sau micşorarea sumei folosite pentru joc v-a făcut să vă simțiți neliniştit sau iritabil în ultimele 12 luni?
5. Ați jucat în ultimele 12 luni pentru a face ca stările neplăcute care provin din stoparea jocului (de ex. neliniște sau iritabilitate) să treacă sau să le îndepărtați?
6. Ați jucat pentru a evada din probleme sau pentru a scăpa de neajutorare, vină, anxietate sau depresie, în ultimele 12 luni?
7. După ce ați pierdut bani la joc, v-ați reîntors să jucați în altă zi, pentru a câştiga banii pierduți?
8. Ați mințit membrii familiei sau alte persoane pentru a ascunde amploarea la care ați ajuns să jucați în ultimele 12 luni?
9. Ați comis vreun act ilegal (de ex. falsificare, fraudă, furt, delapidare, etc.) în ultimele 12 luni pentru a vă finanța jocul?
10. În ultimele 12 luni, v-ați pus în pericol sau ați pierdut o relație importantă, slujbă, oportunitate educațională sau de carieră din cauza jocului?

timp ce loteria, “scratch-cards” şi jocurile electronice devin mai populare (Stinchfield, 2000). Aceste schimbări în preferințe au fost observate la ambele sexe.Tinerii, cu vârste legale pentru joc, prezentau la rândul lor, o mare fluctuație în frecvența jocului şi a tipului acestuia.Se pare că majoritatea tinerilor aveau o rată constantă a jocurilor şi ,la o mică parte, problemele se agravau.

Cercetătorii din Montreal, Canada (Vitaro şi colab., 1999) şi New-York (Barnes şi colab.,1999) au investigat relația dintre utilizarea alcoolului şi jocurile de noroc.

Vitaro a evaluat 717 adolescenți din Montreal într-un studiu longitudinal. Au fost obținute informații legate de impulsivitate, prieteni devianți şi de modul de supraveghere al părinților. Studiul a fost efectuat pe copii, cu vârste cuprinse între 13-14 ani. Apoi, aceiaşi copii au fost chestionați la vârsta de 16-17 ani, obținându-se informații cu privire la practicarea jocului, uzul/abuzul de substanțe şi delincvență. S-a constatat că, deşi comportamentele problemă se corelau între ele, totuşi, din punct de vedere longitudinal, corelația era slabă. Astfel, jocul nu poate explica creşterea uzului de substanțe sau delincvența (sau vice-versa). În general, impulsivitatea, supravegherea părinților şi prieteniile nepotrivite explicau, fiecare din ele, varianța pentru joc, delincvența şi uzul de alcool/droguri. Există o singură excepție: supravegherea părinților nu explică practicarea ulterioară a jocului. O posibilă explicație a acestui fapt este dată de considerarea jocului de către societate ca fiind un comportament acceptabil. Vitaro şi colab. (1999) au ajuns la concluzia că uzul de alcool şi practicarea jocurilor fac parte dintr-o rețea, alături de alte comportamente-problemă, cum ar fi: fumatul, uzul de droguri ilicite şi delincvența.

3) Cercetări calitative ale jocului la adolescenți

Cercetarea calitativă reprezintă o modalitate de abordare care constă dintr-o largă paletă de abordări, care nu permite să se studieze diversitatea, contextul şi complexitatea comportamentului şi care ajunge la rezultate nu prin procedee statistice sau alte modalități de cuantificare (Strauss & Corbin, 1990).

Există destul de puține cercetări calitative legate de jocul la adolescenți. Cele mai multe dintre acestea, se referă la jocurile electronice şi au fost efectuate în Marea Britanie de către Griffiths şi colab. (1997). Cercetările pot fi clasificate în funcție de metodologie ca fiind: studii observaționale, interviuri, grupuri axate pe această problemă şi studii de caz.

a) Studiul observațional

Fisher (1993) a făcut un studiu observațional timp de 14 luni prin angajare, prin jumătate de normă, la un local unde se practicau jocurile electronice. În această perioadă, a putut observa subcultura tinerilor care practicau aceste jocuri şi a constatat, din perspectivă longitudinală comportamentul diferiților jucători. Astfel, a avut acces la intervievarea mai multor tineri care frecventau aceste localuri. Din datele obținute, a putut distinge 5 subgrupe de tipologii de adolescenți jucători: regii ”arcadelor”şi ucenicii lor şi ”învingătorii” maşinilor, ”artiştii evadărilor”, ”căutătorii de acțiune”, respectiv ”rent-a –spacers”.

Aceste tipologii descriu diferitele orientări ale jucătorilor în detaliu. De exemplu, în cazul “învingătorilor maşinilor” este caracteristică interacțiunea cu aparatul şi oportunitatea de a lua decizii tehnice, cum ar fi plăcerea de a învinge maşina. S-ar putea ca ei să fie adepții tehnicii, dar demonstrează un management deficitar al emoțiilor, rezultând din managementul deficitar al banilor (pierderi majore), ducând la joc-problemă. Ei detestă spectatorii şi joacă solitari. “Regii arcadelor” manifestă abilități diferite în ceea ce priveşte jocurile electronice. Cu toate acestea, destul de frecvent, ei formează un grup compact, în care îşi împărtăşesc unii altora abilitățile şi joacă in diferite locații pentru a-şi maximiza câştigurile. Spre deosebire de “învingătorii maşinilor”, ei demonstrează o atitudine de indiferență, în cazul în care câştigă sau pierd.

Ei sunt foarte respectați în comunitatea de jucători şi au un grup de învățăcei, cărora le transmit abilități şi-n fața cărora joacă rolul de mentori. Aceştia demonstrează un bun management emoțional şi financiar.

În esență, Fisher argumentează că există diferite tipologii de jucători, care au factori motivaționali diferiți.Aceste tipologii însă, nu se exclud reciproc, putându-se întâlni elemente din fiecare tip la toți tinerii care joacă. Tipologia poate fi dictată şi de sex, persoanele de sex feminin şi masculin, manifestând diferiți factori motivaționali. Această cercetare este unică prin recunoaşterea contextului social al jocului, rezultând două principale concluzii:

1) Jocul este un comportament multidimensional, existând diferite tipologii de jucători, în funcție de factorii motivaționali şi de menținere a comportamentului de joc;

2) Există numeroase întăriri sociale prin practicarea jocului, care fac parte dintr-o adevărată subcultură a comportamentului de joc.

5. În ultimul an, cât de des ați jucat pentru a evada din probleme sau pentru că vă simțeați rău?

-niciodată
-o dată sau de două ori
-uneori
-des

6. În ultimul an, după ce ați pierdut bani, v-ați întors în altă zi pentru a încerca să îi recâştigați?

-niciodată
-mai puțin decât în 50% din dăți
-mai mult decât în 50% din dăți
-de fiecare dată

7. În ultimul an, jocul a condus vreodată la: minciuni adresate membrilor familiei sau prietenilor?

-niciodată
-o dată sau de două ori
-câteodată
-des

8. În ultimul an ați luat vreodată bani din următoarele surse, fără a avea permisiunea pentru a-i cheltui pe jocuri?

a) Banii pentru mâncare sau pentru bilete de autobuz
-niciodată
-o dată sau e două ori
-uneori
-des

b) Bani de la familie
-niciodată
-o dată sau de două ori
-uneori
-des

c) Bani din afara familiei
-niciodată
-o dată sau de două ori
-uneori
-des

9. În ultimul an, jocul a condus la:

a) Certuri cu familia/prietenii sau alții
-niciodată
-o dată sau de două ori

- dezbinare familială şi şcolară
- cauțiune (garanție) financiară .

Fisher (1998) a revizuit DSM-IV-MR-J, rezultând 9 itemi, cu 4 opțiuni de răspuns: ”niciodată”, ”o dată sau de două ori”, ”câteodată” şi ”des”. În această versiune, nu a fost inclusă achitarea datoriilor, iar pierderea controlului a fost concepută la o dimensiune separată.

Această versiune nu a fost pe deplin validată, deşi investigațiile inițiale au arătat o reabilitate de 0,75 şi validitate. Conform SOGS-RA, bărbații sunt asemănători cu femeile, conform clasificării ca jucători-problemă (Fisher, 2000).

Itemii Diagnostic Statistical Manual-IV-Multiple Response-Adapted for Juveniles DSM-IV-MR-J

1. În utimul an, cât de des v-ați gândit la joc sau la planul de a juca?
   -niciodată
   -o dată dau de două ori
   -câteodată
   -des

2. De-a lungul ultimului an, ați avut nevoie de o sumă tot mai mare de bani pentru a obține starea de excitație dorită?
   -da
   -nu

3. În ultimul an, ați cheltuit vreodată cu mult mai mult decât ați intenționat, la jocuri?
   -niciodată
   -o dată sau de două ori
   -câteodată
   -des

4. În ultimul an, v-ați simțit rău sau sătul când ați încercat să vă opriți din jucat?
   -niciodată
   -o dată sau de două ori
   -uneori
   -des
   -n-am încercat niciodată să renunț

Mai mult, autorii au constatat că jocurile electronice facilitează apariția iluziei controlului (Caroll&Huxley, 1994; Griffiths, 1995). Griffiths a constatat că manipularea butoanelor intervine în stimularea iluziei controlului. El a investigat comparativ jucătorii care jucau mai frecvent sau mai puțin frecvent, negăsind diferențe semnificative.

b) Interviuri

Interviurile aprofundate sunt mai rar utilizate în cercetarea jocului patologic la adolescenți. Cu toate acestea, în Marea Britanie, Griffiths a făcut mai multe studii prin utilizarea interviurilor. În primul studiu, a avut un grup de discuții cu 8 jucători dependenți de jocuri electronice (Griffiths, 1995, 1990-b, 1990-c). În al doilea studiu, a recrutat 50 de tineri participanți (Griffiths, 1990-a). În ambele cercetări, au fost urmăriți mai mulți factori, cum ar fi: motivația de a juca, factorii de menținere ai jocului, starea de activare şi emoțiile asociate cu jocul, percepția îndemânării, etc.

Motivația inițială de a juca (câştigul de bani, amuzamentul, practicarea jocului şi de către părinți sau prieteni), a fost în fiecare caz particulară. Jucătorii-problemă accentuează mai mult necesitatea unei reacții de excitație/activare, obținută în timpul jocului, menționând că acestea reprezintă un factor esențial în continuarea jocului. Jucătorii patologici percep că au abilități mai mari în ceea ce priveşte manipularea jocurilor electronice decât ceilalți jucători. De exemplu, cei din grupul celor 8 jucători-problemă, consideră că abilitatea de a juca poate fi utilizată pentru câştig, minimalizând importanța norocului. Aceştia descriau abilitățile necesare jocului ca fiind următoarele: o bună percepție şi coordonare tactilă, auditivă şi vizuală şi cunoştințe avansate privind manipularea aparatului. Dintre cei 50 de participanți ai jocurilor electronice din al doilea studiu, 12% considerau că nu există nici o abilitate necesară jocului, 40% considerau că este mai degrabă o chestiune de noroc, iar 48% gândeau că sunt implicate şi anumite abilități specifice, cum ar fi stăpânirea modalității de funcționare a aparatului. Presiunea anturajului joacă un rol distinct atât la jucătorii-patologici, cât şi la cei non-patologici. Pentru jucătorii non-patologici, aceasta reprezintă un mecanism care contribuie la menținerea jocului social: grupul îi urmăreşte pe ceilalți jucători şi încearcă să-i oprească pe cei care tind să joace excesiv (Griffiths, 1995-1990 a).

Invers, în cazul grupului social al jucătorilor-problemă, presiunea se exercită reciproc, în sensul continuării jocului. Există

chiar o puternică diferență în ce priveşte sexul jucătorului, jocul fiind considerat o activitate tipic masculină, pe care persoanele de sex feminin nu o pot înțelege.

Aceste interviuri au adus informații utile cu privire la motivația jocului, factorii cognitivi implicați şi procesele sociale care intervin în cazul adolescenților jucători.

c) Grupurile țintă

Există puține date în literatură legate de acest aspect la adolescenții jucători. Comisia pentru abuzul de alcool şi droguri din Alberta (AADAC) a urmărit 11 grupuri-țintă formate din adolescenți cu vârste cuprinse între 12-17 ani: 4 provenind din populația generală, 5 din segmentul la risc şi 2 dintre cei aflați în tratament pentru joc-problemă.

În general, jocul nu a fost perceput de către tineri ca o problemă importantă, spre deosebire de alcool sau droguri. Cu toate acestea, grupurile cunoşteau activitățile de joc disponibile şi posibilele consecințe ale acestuia. Participanții au făcut o distincție între pariuri şi celelalte jocuri. Mulți dintre cei care au participat la studiu au considerat că implicarea în activitățile de joc nu este frecventă în rândul tinerilor şi că aceştia se gândesc rar la jocuri. Aceste informații vin în contradicție cu datele centralizate în urma completării unui chestionar de către toți participanții din grupurile-țintă: 80% au raportat că au jucat în ultimele 6 luni; 70% au raportat că au jucat o dată pe săptămână sau mai puțin, iar 25% au raportat că au jucat de cel puțin 2 ori pe săptămână.

Aceste date arată că tinerii nu consideră pariurile ca o formă de joc. Conform lui Wallisch, (1996), cei mai mulți participanți consideră că jocurile practicate de către adolescenți constituie un comportament acceptabil, care face parte din procesul de maturizare al lor. Jackson şi colab. (2000) au efectuat cercetări pe 14 grupuri-țintă, formate din tineri cu vârste cuprinse între 12-24 ani, care au fost recrutați din şcoli şi organizații care se ocupau de tinerii şomeri din Australia. În general, tinerii aveau o atitudine rațională cu privire la rolul îndemânării şi al norocului în joc. Ei considerau că diferitele jocuri necesită abilități diferite.

d) Studiile de caz

Singurul studiu de caz aprofundat din literatură, referitor la adolescenții jucători, a fost publicat de către Griffiths (1993 a, 1995). Acesta a consemnat probleme legate de dezvoltarea, menținerea şi

16. Ați împrumutat vreodată bani sau ați furat vreodată pentru a paria sau pentru a acoperi datoriile cauzate de joc, în ultimele 12 luni?

a) Da
b) Nu

Dacă da, precizați de unde ați luat banii sau bunurile:

a) Părinți
b) Frați sau surori
c) Alte rude
d) Prieteni
e) Escroci
f) Ați vândut vândut bunuri personale sau ale familiei?
g) Ați folosit cecuri fără acoperire?
h) Ați furat de la cineva?

Sistemul de cotare:

Întrebările 1,2,3,4 şi 16 nu se iau în considerare la calcularea scorului. Răspunsurile a) sau b) la întrebarea 5, se iau în considerare ca răspunsul ”da”.Toate răspunsurile ”da” se punctează cu 1 punct. Un scor final de 1 până la 4 puncte indică ”unele probleme de joc”; un scor de minim 5 sugerează ”joc patologic probabil”.

VII.2.3. DSM-IV-J (Adaptated for Jouveniles)

Se bazează pe criteriile jocului patologic definit de American Psychiatric Association (1994), urmărind comportamentul copiilor între 11-16 ani, pe baza unui chestionar (Fisher, 2000). Chestionarul cuprinde 12 itemi, cu răspuns DA/NU. Răspunsul pozitiv la 4 din 12 criterii sunt suficiente pentrru a încadra participanții ca ”jucători patologici probabili”.

Sunt urmărite 9 dimensiuni ale jocului (Derevensky & Gupta,2000):

- progresie şi preocupare
- toleranță
- pierdere a controlului
- evadare
- urmărire
- minciuni şi decepție
- acte ilegale

8. În ultimele 12 luni ați jucat vreodată mai mult decât ați intenționat?

a) Da
b) Nu

9. În ultimele 12 luni v-a criticat cineva pentru că ați pariat sau v-a spus că aveți o problemă datorată jocului, indiferent dacă credeați că era adevărat sau nu?

a) Da
b) Nu

10. În ultimele 12 luni, ați regretat vreodată în legătură cu suma pariată sau cu felul cum vă simțiți când pariați bani?

a) Da
b) Nu

11. Ați crezut, vreodată, în ultimele 12 luni, că v-ar plăcea să vă opriți din activitatea de pariat, dar n-ați crezut că puteți?

a) Da
b) Nu

12. În ultimele 12 luni, ați ascuns vreodată de familie sau prieteni vreo “alunecare” spre pariuri, bilete de loterie, bani care i-ați câştigat sau alte semne de joc?

a) Da
b) Nu

13. În ultimele 12 luni, ați avut certuri cu familia sau prietenii, referitoare la joc?

a) Da
b) Nu

14. În ultimele 12 luni, ați împrumutat vreodată bani pentru pariuri pe care nu i-ați înapoiat?

a) Da
b) Nu

15. În ultimele 12 luni, ați avut absențe la şcoală sau la serviciu datorită activității de joc?

a) Da
b) Nu

încetarea comportamentului de joc. În acest studiu de caz, a fost consemnată experiența unui adolescent, în vârstă de 18 ani,care avea adicție la jocuri electronice de aproximativ 4 ani. Această experiență a fost relatată şi de către mama adolescentului.

Acest studiu a subliniat importanța factorilor sociali (expunerea frecventă la joc) în achiziția comportamentului de joc. Cu toate acestea, dezvoltarea şi menținerea acestui tip de comportament a fost atribuită factorilor fiziologici şi psihologici. A fost consemnată şi o modificare a factorilor care motivează jocul. Inițial, adolescentul a jucat pentru a câştiga bani, pentru obținerea excitației, pentru demonstrarea priceperii sale, pentru distracție şi pentru că şi prietenii lui jucau. Alți factori implicați în motivație au fost: evadarea din sentimentele de “depresie, confuzie şi rejecție”(Griffiths, 1993).

Autorul citat a discutat totodată şi despre importanța îndemânării în comportamentul de joc. În cazul acestui adolescent, s-a arătat că rolul îndemânării s-a modificat în timp şi a fost dependent de context. Inițial, adolescentul îşi folosea îndemânarea la joc, pentru a obține recunoaştere socială (impresionarea camarazilor şi senzația de confort cu propria persoană). Cu toate acestea, pe măsură ce jocul a devenit problematic, a scăzut importanța îndemânării, în paralel cu creşterea şanselor de evadare din problemele cotidiene. Acest caz a fost abordat terapeutic din mai multe perspective:

-terapie de grup prin ”Gamblers Anonymous”;
-discuții despre această problemă (în special cu mama lui);
-yoga;
-automonitorizarea comportamentului.

Cu toate acestea, cel mai important factor în ameliorarea comportamentului de joc a fost motivația personală de a se opri. De asemenea, suportul familiei şi buna comunicare cu adolescentul a jucat un rol important în prevenția recăderilor. Acest studiu de caz a arătat felul în care poate progresa şi regresa comportamentul de joc la nivel individual.

4) Cercetări cvasiexperimentale despre jucătorii adolescenți

În cadrul acestui tip de cercetări, au fost explicitate teoria generală a adicțiilor a lui Jacobs (Gupta şi Derevensky, 1998), rolul stării de excitație (Carrol şi Huxley, 1994), (Griffiths, 1993 b, 1995), rolul îndemânării (Frank şi Smiths, 1989) şi aplicarea teoriei învățării sociale (Kearney şi Drabman, 1992).

a) Teoria generală a adicțiilor a lui Jacobs

Jacobs a formulat o teorie generală a adicțiilor care îşi are originea în domeniul jocului patologic de noroc (Jacobs, 1986, 1987, 1988, 1989, 1993). El afirma că există o stare disociativă la indivizii cu acest comportament adictiv, coexistând doi factori importanți care interacționează, şi anume: factorii predispozanți şi factorii de risc individuali.

Primul factor predispozant este reprezentat de o stare de ”odihnă fiziologică unipolară”.

Al doilea factor care trebuie să fie prezent din punct de vedere teoretic este:”o copilărie şi adolescență marcate de sentimentele adânci de inadecvare, inferioritate, ruşine, vină şi stimă de sine scăzută, plus un sentiment pervaziv de rejecție din partea părinților şi a persoanelor semnificative” (Jacobs, 1993). El afirma că riscul potențial de adicție este influențat de caracteristicile activității alese sau de substanța țintă.

Pe măsură ce următorii factori sunt mai numeroşi sau cresc în intensitate, creşte şi potențialul de risc: testarea neclară a realității, autocriticism şi autoconştientizare scăzute şi fantasme despre propria persoană. Jacobs susținea că jocul este un mecanism activat deliberat, pentru a atinge o stare alterată de identitate. Tocmai acest lucru diferențiază adicția adevărată, de jucătorii care fac excese. Gupta şi Derevensky (1998) au verificat teoria lui Jacobs, chestionând 817 liceeni, cu privire la jocul de noroc, uzul/abuzul de substanțe, depresie şi variabilele de personalitate. Ei au presupus că jucătorii-problemă şi cei patologici, prezintă mai mult decât alți adolescenți, următoarele caracteristici:

- stări alterate de repaus fiziologic ;
- autocunoaştere limitată;
- scoruri înalte de depresie;
- sentimente de vinovăție şi insecuritate;
- copilărie nefericită;
- practicarea jocului pentru a scăpa de depresie sau pentru a o diminua;
- un grad înalt de disociere în timpul jocului şi,
- comorbiditate cu uzul de alcool/substanțe.

Autorii au tras concluzia că teoria lui Jacobs este plauzibilă şi poate explica apariția jocului-problemă la adolescenți. La jucătorii patologici au fost găsite următoarele aspecte: un nivel înalt de disociere, un distres emoțional semnificativ, repaus fiziolgic anormal

d) Între 10 şi 49 de dolari
e) Între 50 şi 99 de dolari
f) Între 100 şi 199 de dolari
g) Minim 200 de dolari

3. Aveți vreunul din părinți care joacă jocuri de noroc pentru bani?

a) Da
b) Nu
c) Nu ştiu

Dacă da, care din ei?

a) Doar mama
b) Doar tata
c) Atât mama, cât şi tata

4. Credeți că unul din părinți joacă prea mult?

a) Da
b) Nu
c) Nu ştiu

Dacă da, care dintre ei?

a) Doar mama
b) Doar tata
c) Atât mama, cât şi tata

5. În ultimele 12 luni, cât de des v-ați întors în altă zi pentru a câştiga banii pe care i-ați pierdut?

a) De fiecare dată
b) De cele mai multe ori
c) În unele dăți
d) Niciodată

6. În ultimele 12 luni, când ați pariat, ați spus vreodată celorlalți că ați câştigat bani, când de fapt ați pierdut?

a) Da
b) Nu

7. Ați avut în ultimele 12 luni,din cauza banilor de pariuri, vreo problemă, cum ar fi certurile cu familia sau prietenii, sau dificultăți la şcoală sau serviciu?

a) Da
b) Nu

-nivelul 4: tulburare de joc la persoane care îşi manifestă dorința de a începe tratamentul.

Aceste nivele măsoară:

1) frecvența şi modul în care participă la activitatea de joc;
2) semne şi simptome ale jocului patologic (conform DSM-III-R).

Astfel, au fost definite criterii ”limitate” şi ”lărgite”. Cele ”limitate” estimează scorul SOGS-RA, neluând în considerare frecvența şi felul de joc. Cele ”lărgite” utilizează SOGS-RA, studiind modul în care un jucător, din non-problemă devine jucător problemă sau vice-versa de-a lungul timpului. Totuşi, nu există un consens general din acest punct de vedere.

Derevensky şi Gupta (2000) au arătat că SOGS este important pentru că:

1) este un criteriu central pentru toate adicțiile (cum este definit de DSM-IV);
2) experiența clinică a demonstrat clar că este relevant pentru categoria adolescenților.

Itemii South Oaks Gambling Screen-Revised for Adolescents (SOGS-RA)

1. Indicați cât de des ați practicat aceste activități de-a lungul vieții şi în ultimele 12 luni:
   a) Jocul de cărți pe bani
   b) Folosirea monezilor pentru a face bani
   c) Pariuri pe jocuri ce folosesc îndemânarea, ca jocurile de noroc, golf sau bowling
   d)Pariuri pe teme sportive
   e)Pariuri la curse de cai sau câini
   f)Jocul de bingo pe bani
   g)Jocul de zaruri (asemănător cu ”craps”)
   h)Jocul la ”slot machines”, poker sau alte jocuri mecanice
   i)Jocul ”scratch tabs”
   j)Jocul la loterie, prin alegerea numerelor
   k)Jocul ”pull tabs”(tragere anexă)

2. Care este cea mai mare sumă de bani pe care ați cheltuit-o, jucând, în ultimele 12 luni?
   a) Nu am jucat niciodată
   b) 1 dolar sau mai puțin
   c) Între 1 şi 10 dolari

şi rate mari de comorbiditate cu alte tulburări adictive. S-a constatat că adolescenții cu probleme severe de joc prezentau o mare nevoie de joc (disociere), care îi ajuta să-şi amelioreze starea emoțională. S-au descoperit şi diferențe între sexe; astfel, la sexul masculin, cei mai semnificativi factori au fost excitabilitatea şi scorul total al disociației, în timp ce la sexul feminin, cei mai semnificativi factori au fost depresia, disocierea şi consumul ridicat de droguri. Dintre adolescenții studiați, doar 11 adolescente prezentau joc patologic, comparativ cu 53 de adolescenți de sex masculin.

b) Rolul excitației

Mai mulți autori au studiat rolul excitației în jocul patologic de noroc (Carroll & Huxley,1994; Griffiths 1993 b şi 1995). Aceşti autori au măsurat activitatea cardio-vasculară înaintea, în timpul şi după partida de jocuri electronice. În ambele cercetări, s-a constatat că toți jucătorii clasificați în dependenți \ non-dependenți, regulați / non-regulați au prezentat o creştere a activității cardiovasculare în timpul jocului, neexistând diferențe semnificative între loturi. În medie, a avut loc o creştere a pulsului cu 22 bătăi/minut în timpul jocului. S-a constatat că jucătorii dependenți aveau o activitate cardiovasculară mai scăzută, sugerând că nivelul excitației este cel care diferențiază jucătorii dependenți de cei non-dependenți. Jucătorii regulați revin la alura cardiacă bazală semnificativ mai rapid decât jucătorii non-regulați, acest fapt demonstrând apariția toleranței la joc.

c) Rolul îndemânării

Percepția importanței îndemânării face parte integrantă din conceptual cognitiv al iluziei controlului care a fost explorat de către Langer (1975). Iluzia controlului se poate defini ca o expectanță de succes personal, disproporționat de mare față de probabilitatea garantată. Altfel spus, este vorba despre credința că cineva poate influența personal un rezultat, care este în afara posibilității de control. Langer a demonstrat în studiile sale că intențiile fireşti asociate cu îndemânarea într-o situație dictată de hazard, duce la o modificare a expectațiilor individuale, în sensul creşterii nerealiste a acestora. Există dovezi care indică faptul că implicarea activă în joc, planificarea şi familiaritatea activității de joc, competiția sau alegerea, sunt factori care facilitează această falsă expectanță de succes. Frank şi Smith (1989) au investigat aplicabilitatea teoriei lui Langer la copii. Au fost investigați 66 de copii, cu vârste cuprinse între 9-11 ani,

în privința ghicirii rezultatului în cazul aruncării a 30 de monezi, primind feed-backuri legate de rezultate. Există 3 modele de feed-back, toate cuprinzând 15 pierderi şi 15 câştiguri, din punct de vedere teoretic. În general, s-a constatat prezența unei iluzii a controlului la copii.

d) Rolul învățării sociale

Modelele învățării sociale consideră jocul ca pe un comportament învățat. Continuarea implicării în joc este influențată de contextul social al jucătorului,în special de oportunitățile de joc (Ferris şi colab.,1999). Brown (1988) a afirmat că acestea sunt condiționate de ocupație şi de modalitatea de petrecere a timpului liber, de grupul social, de accesibilitatea la locațiile de joc şi, în general, de opinia legată de utilizarea banilor. Din punct de vedere al învățării sociale, jocul este conceptualizat ca un continuum, începând cu jocul non-problemă şi terminând cu jocul-problemă. Acesta din urmă este privit ca o stare tranzitorie, mai degrabă decât o chestiune statică sau permanentă. Parțial, această concepție derivă din înțelegerea faptului că jocul este un comportament învățat, care poate fi totodată şi dezvățat (punct de vedere comun cu teoria învățării comportamentelor). Investigarea aplicabilității teoriei învățării sociale la adolescenții jucători, îşi are originea în constatarea faptului că modelele de joc ale adolescenților adesea le reflectă pe cele ale părinților şi/sau pe ale camarazilor (Browne şi Brown, 1994; Gupta şi Derevensky, 1997; Kearney şi Drabman, 1992).Există mai puține dovezi legate de preşcolari şi preadolescenți (Frank şi Smith, 1989).

După cum s-a văzut din cele menționate mai sus, se pare că jocurile de noroc sunt activități în care tinerii se implică în mare măsură. Deşi majoritatea nu manifestă probleme semnificative legate de joc, o minoritate prezintă dificultăți serioase, jocul constituind o tulburare mentală aparte. Totodată, jocul de noroc are impact negativ şi asupra familiilor şi prietenilor jucătorilor. Se poate prevede că societatea va fi afectată tot mai mult de această problemă pentru că există un accept din partea autorităților şi societății. Deocamdată, se ştiu mai puține lucruri despre impactul noilor tehnologii de joc (cum ar fi jocurile de la T.V. şi internet) asupra populației de adolescenți.

Deşi au fost depistați anumiți factori de risc, se ştiu puține lucruri despre mecanismele implicate. În general, au fost neglijați factorii cu rol protectiv sau defensiv în evoluția tulburării. De asemenea, a fost mai puțin explorat procesul de socializare, asociat cu jocul la adolescenți. Totodată, este necesar să se cerceteze

Dacă se răspunde afirmativ la 7 sau mai multe întrebări, se poate pune diagnosticul pozitiv de Joc patologic de noroc.

Alte scale de diagnostic pentru jocul patologic de noroc

Fisher (1998) a definit problema jocului ca fiind o ”listă de itemi utilizați pentru a clasifica persoanele ca jucători-problemă sau jucători patologici într-o populație dată”. Un screening al jocului este dificil de realizat; totdeauna vor exista rezultate fals pozitive şi fals negative. Totuşi, informațiile obținute din acest screening pot influența măsurile legislative în problema jocului la adolescenți. Există 3 metode de screening importante în această problemă: SOGS, DSM- IV şi MAGS.

VII.2.2. SOGS-RA (South Oaks Gambling Screen-Revised for Adolescents)

Este cel mai utilizat screening la adolescenți în America şi Canada, care redă prevalența jocului de noroc pe plan internațional.

Inițial, SOGS a fost utilizat pentru adulți, iar SOGS-RA (scala cu 16 itemi) a fost adaptată la adolescenți, pentru a le evalua comportamentul de joc. Există diferențe, în legătură cu această problemă, la adulți, datorită implicării financiare (Derevensky, 2000). Au fost obținute date concludente, mai puțin cele referitoare la jucătoarele de sex feminin (Derevensky, 2000). SOGS supraestimează rata problemei jocului în populația generală (Abbott,2000). Această supraestimare este probabil datorată interpretării greşite a itemilor din chestionare.

Ladouceur şi colab. (2000) a cercetat această problemă la 3 grupe de vârstă: 9-12 ani, adolescenți şi adulți. SOGS a fost utilizat la 587 adolescenți. Apoi, au fost intervievate 126 persoane, privind interpretarea itemilor. O mare parte dintre itemi erau greşit înțeleşi şi doar 30,8% din participanți au înțeles corect itemii. Prin explicarea itemilor, numărul celor care au înțeles greşit, s-a redus cu 41,8%. Shaffer şi Hall (1996) au propus o clasificare în funcție de scorul obținut la SOGS-RA, care cuprinde 5 nivele:

-nivelul 0: non-jucător
-nivelul 1: non-jucător-problemă
-nivelul 2: jucător în tranziție
-nivelul 3: tulburare de joc cu afecțiuni asociate

VII.2.Instrumente de diagnostic al jocului patologic de noroc

VII.2.1. Cele 20 de întrebări ale Jucătorilor Anonimi din S.U.A.

Un instrument foarte util pentru depistarea activă a jucătorilor patologici este reprezentat de cele 20 de întrebări ale Jucătorilor Anonimi din S.U.A. (Ladouceur, 1993), la care se poate răspunde afirmativ sau negativ (tabelul IV).

Tabelul IV. Cele 20 de întrebări ale Jucătorilor Anonimi din S.U.A.

	DA	NU
1. Jocul de noroc este o cauză a absențelor şcolare (de la serviciu)?		
2. Din cauza practicării jocului îi supărați pe membrii familiei?		
3. Jocul vă creează probleme cu somnul?		
4. Jucați până în momentul în care sunteți pe punctul de a vă fi afectată reputația?		
5. Ați avut remuşcări după ce ați jucat?		
6. Ați jucat deja cu scopul de a câştiga bani cu care să vă plătiți datoriile?		
7. Ați comis sau v-ați imaginat să comiteți un act ilegal pentru a face rost de bani pentru continuarea jocului?		
8. De când jucați vă lipseşte ambiția?		
9. După câştig, simțiți nevoia de a vă reîntoarce la joc şi să câştigați în plus?		
10. După ce pierdeți, simțiți nevoia de a vă reîntoarce la joc pentru a recupera banii pierduți?		
11. Jucați des banii disponibili?		
12. Ați împrumutat deja bani pentru a juca?		
13. Ați vândut deja obiecte personale pentru a juca?		
14. Sunteți reținuți pentru a vă folosi banii afectați jocului pentru alte scopuri?		
15. Jocul vă face insensibili la starea de bine a familiei?		
16. Ați jucat mai mult decât ați intenționat?		
17. Jucați pentru a scăpa de griji şi necazuri?		
18. Frustrările vă fac să jucați?		
19. Jocul este cumva un mijloc de a sărbători un eveniment fericit?		
20. V-ați gândit deja la sinucidere din cauza problemelor create de joc?		

relația dintre politica autorităților legată de jocuri şi implicarea adolescenților în aceste activități. Trebuie notat că majoritatea cercetărilor asupra jocului nu au analizat suficient aspectul sexului în această problemă. Deşi subiecții de sex feminin se pare că sunt mai puțin afectați de jocul problemă, factorii motivaționali se pare că sunt diferiți la cele două sexe. Similar, a fost ignorată în mare măsură şi etnicitatea ca variabilă în apariția jocului, în ciuda faptului că minoritățile prezintă o rată crescută de prevalență a jocului. Ar trebui reevaluată validitatea unor instrumente de screening, cum ar fi SOGS-RA,în special pentru diferitele grupuri, ca cele de sex feminin sau minorități etnice.

Se impun câteva recomandări şi implicații pentru cercetările ulterioare:

1) Comisiile guvernamentale ar trebui să investigheze implicarea tinerilor în jocuri în România, şi de asemenea factorii asociați. Este necesar ca aceste cercetări să cuprindă şi aspecte longitudinale care să urmărească pe termen lung comportamentul de joc, la adolescenți;

2) Ar trebui utilizată o metodologie calitativă, cum ar fi: analiza temei, analiza discursului şi teoriile de bază;

3) Se va investiga mai atent implicarea factorului legat de sex, cuprinzând factorul emoțional;

4) Se va investiga rolul etnicității, sub aspectul factorilor motivaționali;

5) Se impune analiza impactului factorilor politici asupra populației adolescentine, în contextul actual al creşterii accesibilității tinerilor la jocuri;

6) Se vor stabili unele planuri de implementare a celor mai potrivite strategii de intervenție pentru populația de adolescenți, incluzând:

-proiecte comunitare;
-program de promovare a sănătății;
-îngrijiri primare şi servicii de intervenție terapeutică;
-training-ul personalului şcolar în vederea recunoaşterii problemelor legate de joc şi a managementului acestuia, inclusiv îndrumarea celor afectați spre
serviciile de specialitate.

IV.2. Aspecte privind jocurile de noroc în România

IV.2.1.Cadrul legislativ din România privind funcționarea jocurilor de noroc

Într-un articol publicat în anul 2006, de către redacția Wall-Street, cotidianul online de business numărul 1 în România, se arată faptul că Ministerul Finanțelor a elaborat proiectul de lege pentru organizarea şi funcționarea jocurilor de noroc, act normativ prin care se încearcă menținerea unui echilibru între monopolul Loteriei pe anumite segmente şi ceilalți competitori din domeniu.

Conform proiectului de lege, Loteria Română va avea monopol pe organizarea şi exploatarea jocurilor de noroc tip loto şi a jocurilor de tip pariu sportiv pentru care va fi scutită, în continuare, de la plata taxei de autorizație şi de licență. Actuala legislație acordă Loteriei exclusivitate pentru jocurile de tip loto, expres, pronosport, loz în plic şi instant lottery.

Consiliul Concurenței a emis în martie, 2006, o decizie prin care solicita modificarea legii jocurilor de noroc, care a permis acordarea de facilități fiscale Loteriei şi a afectat mediul concurențial pe piața jocurilor de noroc. Acelaşi Consiliu decisese, cu câteva luni în urmă, că Loteria Română trebuie să plătească 44,3 milioane de lei noi reprezentând valoarea ajutorului de stat ilegal şi incompatibil de care a beneficiat, precum şi dobânzi în cuantum de 6,3 milioane RON. Mai exact, încă din anul 2005, Asociația Organizatorilor de Pariuri din România a depus la Consiliul Concurenței (CC) o plângere privind tratamentul preferențial acordat Companiei Naționale (CN) Loteria Română pe piața jocurilor de noroc. Plângerea făcea referire la jocurile "Pariloto" şi "Videoloterie". “Pariloto" este, conform CC, un joc de pariuri sportive în cotă fixă, principalii operatori pe această piață fiind CN Loteria Română, SC Stanleybet Romania, Mozzart, Global Sport Bets, SC Astra Sport Bets etc. Potrivit operatorilor de pe piață, terminalele de "Videoloterie" deținute de Loteria Română funcționează ca orice maşină electronică generatoare de câştiguri utilizată de operatorii privați, deosebirea constând în faptul că plata câştigurilor se face pe baza unui tichet tipărit de maşină. Pe lângă Loterie, pe această piață principalii operatori sunt Intertop-Admiral, Max Bet, Merkur etc. Conform legislației în vigoare, toți operatorii de pe piața jocurilor de noroc trebuie să plătească taxa anuală de licență şi taxa de timbru social (în valoare de 10% din prețul fiecărei participări şi se adaugă la preț).

VII. DIAGNOSTICUL POZITIV AL JOCULUI PATOLOGIC DE NOROC. INSTRUMENTE DE DIAGNOSTIC

VII.1.Diagnosticul pozitiv al jocului patologic de noroc

Pentru încadrarea nozografică în categoria jocului patologic de noroc, se pot utiliza mai multe instrumente cu mare relevanță în acest sens.

Conform ICD-10 (OMS-1998), există două criterii care trebuie satisfăcute pentru a putea încadra un caz în joc patologic:
1) joc de noroc persistent, repetat şi 2) care continuă şi de multe ori se accentuează, în ciuda consecințelor nefavorabile ca: pedepse, alterarea relațiilor familiale, perturbarea vieții personale. DSM-IV-TR , emis de către American Psychiatric Association, în 2000, cuprinde următoarele criterii de diagnostic pentru jocul patologic de noroc:

A. Comportamentul dezadaptativ şi persistent de joc de şansă, după cum este indicat de cel puțin 5 (sau mai multe) din următoarele:
- preocupare frecventă de jocul de şansă sau de obținerea de bani pentru a juca;
- necesitatea de a juca prin creşterea cotei sau a frecvenței pariurilor pentru a obține excitația dorită;
- eforturi repetate de a reduce sau de a stopa jocul de şansă;
- nelinişte sau iritabilitate dacă nu poate juca;
- jocul este o cale de a depăşi unele probleme sau de a ieşi dintr-o stare disforică (de exemplu neajutorare, vină, anxietate, depresie);
- pierdere repetată de bani la joc şi revenirea în altă zi, cu scopul de a ”recupera” pierderea; minte familia, terapeutul sau pe alte persoane pentru a continua jocul;
- comite acte ilegale ca să-şi finanțeze jocul;
- neglijează sau pierde anumite relații interpersonale semnificative: serviciu sau pregătire şcolară, carieră, datorită jocului;
- recurge la alții pentru a-şi procura bani, cu scopul ameliorării situației financiare disperate cauzată de joc;

B. Jocul de şansă nu se datorează unui episod maniacal.
Se mai poate utiliza ”The South Oaks Gambling Screen” (Lesieur şi colab.,1987), care cuprinde mai multe întrebări legate de practicarea jocului de noroc. Un scor mai mare sau egal cu 5 este considerat patologic.

sens este cazul unui adolescent în vârstă de 16 ani, internat în anul 1994 în Clinica Psihiatrică Cluj-Napoca, pentru joc patologic de noroc, a cărui debut a coincis cu perioada floridă a fenomenului “Caritas”, cu atât mai mult cu cât tatăl său era unul dintre angajații firmei în cauză (Lupu ,2003;2005). Pe acest fond a apărut o devalorizare a noțiunii de bani şi o disjuncție între ideea de câştig şi de muncă cinstită, mulți dintre participanții la circuit irosind cu uşurință mari sume de bani, fără o deliberare suficientă. De asemenea, a existat tendința de a mări miza de înscriere la joc, cu credința falsă că aceasta ar putea duce la continuarea lui, deci la controlul câştigului. Astfel, s-a produs o extrapolare de la nivel individual la nivel social şi înapoi la nivel individual a jocului patologic de noroc.

Jocul patologic de noroc se asociază frecvent cu tulburări afective şi cu abuzul de substanță psihoactivă care agravează şi mai mult situația adolescenților în cauză (De Caria,1996).

Se poate realiza o relație şi între căutarea de senzații, impulsivitate, coping şi consumul de substanțe, mai ales la adolescenți. Într-un studiu de laborator, s-a observat că studenții care au un nivel crescut de căutare de senzații fac pariuri cu un risc mai mare de pierdere decât studenții care au un nivel mai scăzut de căutare de senzații. Într-o situație reală de joc de noroc, participanții au ”iluzia de control”, chiar şi în situații în care rezultatul jocului lor este datorat pur şi simplu norocului (Zuckerman, 1994). Combinația dintre un nivel crescut al căutării de senzații şi dorința de control duce la o iluzie a controlului în situațiile de joc, o percepție scăzută a riscului şi drept consecință o creştere a mărimii pariului.

Jucătorii de noroc obțin scoruri mari la două din formele căutării de senzații: căutarea de aventură şi emoție şi căutarea de intensitate ; în plus față de căutătorii de senzații, jucătorii patologici de noroc au scoruri mai mari în ceea ce priveşte impulsivitatea . Căutarea de intensitate şi impulsivitatea sunt predictive în ceea ce priveşte un comportament caracteristic jucătorilor de noroc tineri (Nower şi colab., 2004).

Consiliul Concurenței a decis ca, în conformitate cu legislația în vigoare, Loteria Română era scutită de aceste taxe doar pentru jocurile loto, expres, pronosport, loz în plic şi "instant lottery" pentru care are monopol. Pentru "Pariloto" şi "Videoloterie" ar fi trebuit să plătească aceeaşi taxă de licență ca şi celelalte companii de pe această piață. În plus, începând cu anul 2002, Loteria ar fi trebuit să calculeze şi să încaseze de la participanți taxa de timbru social şi să o vireze în contul Fondului național de solidaritate, ceea ce nu s-a întâmplat, aceasta constituind, de fapt, un ajutor de stat. Pe lângă aceste sume pe care nu le-a virat la bugetele statului, Consiliul Concurenței a decis că Loteria a beneficiat şi de un alt tip de ajutor, care a distorsionat competiția pe piața jocurilor de noroc: ori a încasat bani în plus, crescându-i cota de profit, percepând prețuri la fel cu ale celorlalți competitori, ori a menținut prețuri de vânzare mai mici (care nu cuprindeau taxele către stat), ceea ce a determinat clienții să prefere Loteria Română.

De remarcat este faptul că Loteria Română a contestat în instanță decizia Consiliului Concurenței, în prezent fiind pe rolul instanțelor de judecată această contestație.

Ca răspuns la solicitările Consiliului Concurenței, Ministerul Finanțelor a lansat în dezbatere publică noua Lege a jocurilor de noroc. Conform proiectului, CN Loteria Română poate organiza şi exploata cu personal, mijloace şi în locații proprii sau în comun, sub orice formă, cu alte persoane juridice, jocuri de noroc (altele decât ”6 din 49", ”Joker", „Noroc", ”5 din 40", loterie instantanee şi alte jocuri loto reglementate ulterior prin normele la prezenta lege şi pariurile mutuale, cum ar fi Pronosport pentru care nu plăteşte taxe fiind monopol), numai pe baza de licență, respectiv autorizație, obținută în conformitate cu prevederile prezentei legi. Loteria a contestat decizia Consiliului Concurenței motivând că deține licențe şi pentru ”Pariloto" şi ”Videoloterie" prin efectul legislației, ceea ce n-ar mai trebui să se întâmple prin adoptarea proiectului de lege propus de Finanțe.

Singura modificare adusă prin noul proiect de lege în acest sens, constă în introducerea obligativității Loteriei de a plăti taxele de licență şi autorizare pentru alte jocuri de noroc decât loto şi pariuri sportive. Conform aceluiaşi proiect, taxele pentru eliberarea licențelor de organizare a jocurilor de noroc, precum şi cele pentru autorizațiile de exploatare a jocurilor de noroc vor fi achitate anticipat, Finanțele având posibilitatea modificării nivelului acestora prin hotărâre de guvern.Taxa pentru licență se va achita integral pentru întreaga

valabilitate a licenței, respectiv trei ani. Valoarea acestei taxe pentru toată perioada de valabilitate a licenței este stabilită la 3 mii lei şi este anuală.

Taxa pentru autorizarea de exploatare a jocurilor de noroc generate de elemente aleatorii organizate prin folosirea maşinilor este de 2.400 lei pentru fiecare mijloc de joc. În acest caz, mijloacele de joc sunt: maşinile, utilajele, instalațiile mecanice, electrice, electromagnetice, electronice, video-automate, jocuri exploatate prin intermediul unor mecanisme ale căror câştiguri presupun concomitent atât dexteritatea jucătorului, cât şi hazardul.

Pentru fiecare masă specială cu bile (ruletă live) din cazinou firma va plati o taxă de autorizare de 100 de mii lei, iar pentru fiecare masă specială, altele decât cele de tip ruletă live, taxa de autorizare va fi de 80 de mii lei. Pentru fiecare sală de joc tip bingo, taxa de autorizare va fi de 30 mii lei, la care se va adauga echivalentul a 3% din valoarea nominală a cartoanelor achiziționate de la Imprimeria Națională. Valabilitatea licenței de organizare a jocurilor de noroc este de trei ani, iar cea a autorizării fiecărui mijloc de joc sau locație, este de un an (Lupu, 2009).

Modificările aduse de ministerul Finanțelor la Legea privind organizarea şi funcționarea jocurilor de noroc ar putea scoate de pe posturile de televiziune aşa –numitele concursuri interactive, cele cu soluții foarte simple(”ghiciți cuvântul”), care condiționează participarea în direct de un apel la un număr de telefon afişat pe ecran.

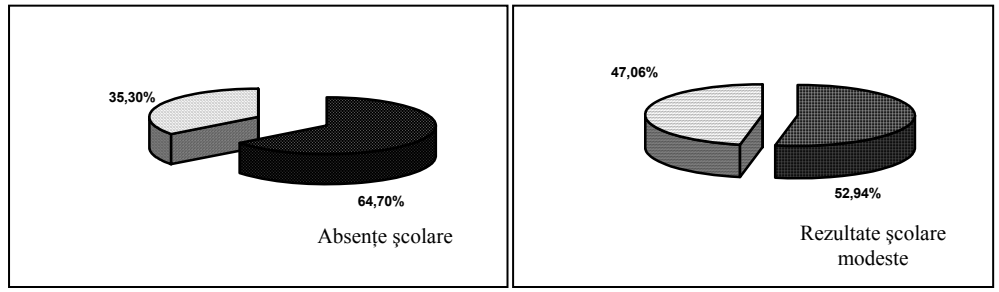
Potrivit legii din România, sunt interzise jocurile de noroc organizate prin intermediul sistemelor de comunicații de tip internet sau intranet, precum şi cele organizate prin telefonia fixă sau mobilă, precum şi cele desfăşurate prin intermediul televiziunii sau radioulului. Problema este că ,în prezent, concursurile interactive nu intră în categoria jocurilor de noroc.

În noua clasificare propusă de Ministerul Finanțelor, intră în categoria jocurilor de noroc toate tipurile de loterii, videoloterii, tombole, bingo, keno şi orice alte jocuri de noroc în care desemnarea variantei câştigătoare sau a câştigătorului este rezultatul exclusiv al hazardului ,indiferent dacă tragerea la sorți are loc după participarea la joc sau înainte. La ora actuală se discută despre includerea acestor jocuri TV în categoria jocurilor de noroc având în vedere faptul că pentru a intra în direct la televiziune, cu scopul de a da răspunsul corect, telespectatorii norocoşi sunt traşi la sorți electronic, după ce în prima fază, sunt înregistrați într-o bază, practic putând câştiga, dacă au norocul să fie traşi la sorți (Obae , 2006).

se instala atât la nivele scăzute, cât şi la nivele ridicate, ca de altfel în orice dependență .

Studiile sugerează că jucătorii de noroc tineri utilizează jocul de noroc ca pe o modalitate de coping cu stresul, de evitare a unor probleme pe care le au, de îndepărtare a plictiselii şi de generare de “senzații tari” (Nower şi colab. 2004). Astfel, teoretic, persoanele care nu se descurcă în situații stresante, indiferent de alte variabile de personalitate care ar putea fi implicate, se pot grăbi să adopte decizii iraționale când se confruntă cu situații stresante sau caută diferite metode dezadaptative de a evita luarea unor decizii foarte importante. Astfel, aceşti tineri, pe lângă jocurile de noroc, pot apela şi la abuzul de substanțe sau să le combine pe ambele.

Fig. 10. Absențe şcolare şi rezultate modeste datorate practicării jocului de noroc



a) b)

Nower şi colab.(2004) susțineau că rolul stilurilor de coping cu stresul variază semnificativ în funcție de nivelul de implicare în jocurile de noroc sau în funcție de sex . Astfel, bărbații nejucători, comparativ cu jucătorii pot să adopte strategii active de coping cu stresul. Spre deosebire de aceştia, jucătorii patologici de noroc evită stresorii, realizând comportamente şi activități care să-i distragă de la problemă şi/sau să-i angreneze în iluzii, negare sau abuz de substanțe. Astfel, sexul masculin este mult mai susceptibil în a dezvolta joc patologic de noroc.

În ceea ce priveşte sexul feminin, stilurile de coping au valoare predictivă scăzută , problemele cu jocurile de noroc fiind relaționate numai cu nivelurile înalte de impulsivitate şi de căutare de noi senzații.

În unele situații, contextul social poate juca un rol extrem de important în patogeneza jocului de noroc. Foarte ilustrativ în acest

răsturnare de rezultat, ceea ce l-a privat de câştigarea unei sume importante de bani ,cu care afirma el că şi-ar fi putut plăti imensele datorii pe care le contractase. El susținea că dacă va continua să parieze va avea şanse mai mari având în vedere că atunci a fost atât de aproape de câştig.

În cele mai noi clasificări ale bolilor psihice, elaborate de către OMS şi valabile şi la noi în țară, (ICD-10) , jocul patologic de noroc este inclus la capitolul: ”Tulburări de conduită şi ale impulsurilor”.

Cercetările recente ale lui Blaszczynski şi colab.(1997), au indicat un model de jucător patologic în care severitatea asocierii tulburărilor de conduită şi psihologice este mediată de impulsivitate.

În urma unui studiu efectuat în Marea Britanie de către Fisher (1994) pe 467 de copii de gimnaziu, s-a ajuns la concluzia care atestă faptul că obişnuința unor şcolari de a juca frecvent jocuri pe video (“arcade video game playing”) se poate transforma uşor într-un comportament asemănător cu adicția din jocul patologic de noroc.

DSM-IV-TR (2003) relevă că jocul patologic de noroc şi dependența alcoolică sunt comune în antecedentele heredo-colaterale ale jucătorilor de noroc.

La fel ca şi în cazul dependenței de alcool, jocul patologic de noroc apare mai frecvent în cazul indivizilor care au părinți care, de asemenea, au suferit de această tulburare decât în cazul populației generale. Dacă tinerii respectivi au şi niveluri crescute de impulsivitate, şansele ca această tulburare să apară, cresc şi mai mult. Din aceste considerente, este importantă prevenția şi intervenția în cazul tinerilor cu ajutorul unor programe educaționale prin intermediul cărora se pot direcționa în mod pozitiv preferințele înspre căutarea de senzații, pentru a-i ajuta să identifice şi să elimine strategiile de coping evitative şi mai mult decât atât, pentru a-i învăța strategii active de rezolvare de probleme şi orientate pe sarcină.

În studiul lui Lupu şi colab. (2002) s-a arătat că 17,64 % dintre jucătorii patologici adolescenți aveau tați alcoolici şi 11,76% aveau tați jucători patologici de şansă. Din aceeaşi cercetare, a rezultat că majoritatea jucătorilor (52,94%) aveau rezultate şcolare modeste şi că 64.7% aveau absențe numeroase de la şcoală, datorate în principal jocului de şansă(fig.10).

41,17% dintre adolescenți proveneau din familii cu condiții materiale modeste şi 58,83% din familii cu condiții bune sau foarte bune. Faptul că nu existau diferențe semnificative în ceea ce priveşte dependența față de jocuri în funcție de nivelul veniturilor, arată că această tulburare nu variază în funcție de banii disponibili , putându-

IV.2. 2. Jocuri de noroc disponibile în România

Jocurile de noroc erau considerate în urmă cu câțiva ani ultima şansă a românilor de a avea un trai mai bun, aşa după cum a reieşit dintr-un sondaj de opinie efectuat de către Insomar în 40 de județe ale țării şi în Bucureşti, în perioada 11-18 februarie 2000, pe un eşantion de 1.241 de persoane, cu o marjă de eroare de +/- 2,9% (Bucur, 2000).

63% dintre români, au răspuns afirmativ la întrebarea dacă au jucat vreodată la concursurile cu premii şi jocuri de noroc. Din procentul de 37% al celor care au declarat că nu au jucat, 23% spuneau însă că intenționează şi ei să-şi încerce norocul în viitor. Cei mai mulți subiecți chestionați erau de părere că nu vor câştiga: 49% au declarat că nu au prea multe şanse ,iar 27% au declarat că sigur nu au nicio şansă. 24% au avut încredere că vor câştiga .86% dintre români considerau că cei care câştigă au noroc,14% erau sceptici arătând că aceştia sunt ajutați de organizatori. 36% dintre români vedeau în aceste jocuri singura lor şansă de a se îmbogăți ,13% le considerau o păcăleală,iar 25% considerau că “este un spectacol trist care ascunde marea noastră sărăcie”.

Din acelaşi sondaj, reieşea faptul că lunar 33,2% dintre jucători erau dispuşi să cheltuiască pentru această pasiune între 30.000-50.000 de lei, 22,9% dintre ei între 50.000-100.000 de lei, iar 12,4% dintre români cheltuiau peste 100.000 de lei (sume exprimate în lei vechi).

Rezultatele sondajului indicau că cele mai apreciate jocuri erau în momentul efectuării sondajului de opinie, cele de bingo televizate, loto (6 din 49) clasându-se abia pe locul 4 în preferințele românilor (tabelul III).

Tabelul III –*Clasamentul jocurilor de noroc stabilit de sondajul Insomar (2000)*

TeleEurobingo (Antena 1)	**34.4%**
Național TV Bingo Liberty	**24.1%**
Super Bingo(Pro TV)	**19.1%**
Loto (6 din 49)	**9.5%**
Altele	**7.1%**
Loz în plic	**2.0%**
Toate concursurile de tip Bingo	**1.7%**
Pronosport	**1.4%**
Ora 1 a venit	**0.8%**

În ultimele luni ale anului 2006, a apărut un adevărat “boom” al localurilor în care se practică jocurile de noroc în special în Bucureşti, fapt confirmat de numărul de autorizații emise de către Ministerul Finanțelor. Pe lângă casinourile clasice, există şi aproximativ 900 de firme care dețin aparate de joc autorizate, unele dintre acestea dezvoltând adevărate lanțuri ,făcând ca numărul locațiilor să fie cu mult mai mare. Conform reprezentanților Ministerului Finanțelor, există aproximativ 23.000 de maşini de jocuri de noroc la nivel de țară ,deci o maşină la 1000 de locuitori, începând cu clasicele pokere electronice din localurile periferice până la cele mai noi aparate aflate în dotarea cazinorilor de lux. Autorizațiile eliberate de Ministerul de Finanțe indică faptul că au existat 2 explozii ale jocurilor de noroc :una la începutul anilor ‘90 şi alta în ultimii 2-3 ani. Între aceste perioade, sălile “populare” aproape că dispăruseră (Bărbuneanu & Davidescu, 2006).

Principalul avantaj al jocurilor de noroc este faptul că ”legea hazardului” face inaplicabilă legea impozitelor.Deşi Codul Fiscal introduce ca principiu taxarea jocurilor de noroc cu 20%, respectiv 25% ,mare parte din acestea scapă de impozit pentru că este imposibil de dovedit cât a fost câştigul net(diferența dintre suma jucată inițial şi cea câştigată).

Cazinourile rețin de la sursă impozitul doar pentru câştigurile din jocuri de tipul tombolelor şi jack-potului de peste 20 de milioane de lei. Restul nu se impozitează, pentru că nu poți să-ți dai seama cât a investit inițial clientul conform afirmațiilor reprezentantului Asociației Organizatorilor de Cazinouri din România, citat de Bărbuneanu &Davidescu, în 2006.

În afara problemelor legate de impozitarea câştigurilor jucătorilor, Fiscul are şi alte motive de nemulțumire legate de jocurile de noroc , acestea constituind ani la rând metode de spălare de bani negri. S-au făcut eforturi pentru reglementarea acestui domeniu. Astfel, casinourilor mari li se impune să identifice fiecare jucător ,să țină o evidență clară a intrărilor şi ieşirilor de bani şi să fie echipate cu camere de luat vederi menite să identifice trişorii.

Atunci când şeful Fiscului a declanşat o campanie de controale şi a anunțat că a închis câteva casinouri, acestea au reuşit să-şi continue activitatea nestingherite. Situația este şi mai puțin controlată în cazul micilor operatori, care, deşi funcționează ca nişte casinouri, nu se încadrează din punct de vedere birocratic la această categorie. Astfel, jocuri cum ar fi pokerul electronic sau chiar ruleta

Se mai observă un fenomen: asumarea riscului monetar de către jucător creşte pe măsura participării la joc. Dacă individul participă la mai multe şedințe de joc, el va miza mai mult la a doua şedință decât la prima, pierzându-şi treptat controlul.

Jucătorii tind să creeze legături iluzorii între evenimente care sunt de fapt independente. În timp ce joacă, indivizii uită sau neagă faptul că întâmplarea este singurul determinant al rezultatului. Neînțelegerea noțiunii de ”întâmplare” este factorul cheie în dezvoltarea şi menținerea obiceiurilor jocurilor de noroc . Jucătorii care nu țin cont de noțiunea de întâmplare într-un joc de noroc, pot dezvolta credințe iraționale .Pentru a evita acest lucru, este foarte important să înțeleagă principiul independenței evenimentelor, pentru că dezvoltarea şi menținerea problemelor cu jocurile de noroc sunt în principal asociate cu acest tip de percepții greşite (Benhsain şi colab., 2004). Deci, capacitatea de a avea percepții raționale în legătură cu independența dintre evenimente în timpul jocului este un factor care ar trebui să-i protejeze pe jucători de pierderea controlului.

Dar, chiar dacă un jucător are credințe raționale în legătură cu jocul în momentele în care nu joacă, când începe jocul propriu-zis renunță la credințele raționale. Astfel se susține importanța oferirii acestor persoane a unor reamintiri ale principiului independenței evenimentelor pentru că aceste reamintiri pot preveni posibilitatea ca jucătorul să uite că rezultatele jocului său sunt pur întâmplătoare. Deci, o reamintire a principiilor independenței evenimentelor are efectul menținerii unor credințe raționale ale jocului, şi în acelaşi timp scade şi motivația de a juca pentru o perioadă mai lungă de timp. Aceste reamintiri sunt foarte importante şi pentru că simpla oferire de informații sau cunoştințe despre probabilități şi statistici nu este suficientă pentru a-l proteja pe un astfel de jucător de dezvoltarea unor percepții eronate relaționate cu jocurile de noroc (Benhsain şi colab., 2004).

Pentru a exemplifica această situație, vom prezenta pe scurt observația clinică a unui adolescent în vârstă de 18 ani ,care frecventa casele de pariuri sportive , mizând pe sume de peste 1000 RON la o şedință de pariu şi care se încadra în diagnosticul de joc patologic de noroc. Cheia terapiei în cazul lui a fost tocmai explicitarea faptului că o şedința de pariu nu are nicio legătură cu celelalte. Adolescentul intuise toate rezultate sportive cu o singură excepție . Acest ultim rezultat fusese corespunzător previziunilor lui până în ultimele secunde ale unui meci de fotbal, când a avut loc o

Transformarea individului în jucător patologic se face pe parcursul unui lung proces, care debutează în adolescență sau chiar în copilărie şi care are patru faze. Există o primă perioadă de câştiguri în cariera jucătorului patologic, care a avut norocul, sau mai bine-zis neşansa de a câştiga de mai multe ori. Banii câştigați simbolizează puterea şi recunoaşterea socială. Cu aceşti bani este foarte generos, face cadouri prietenilor săi, face cinste la restaurant. Evident că va urma mai devreme sau mai târziu o fază de pierdere. În afară de plăcerea de a câştiga, el este convins de faptul că poate controla jocul, atribuind pierderile condițiilor exterioare (de exemplu pista de curse este în stare proastă, sau jucătorul său preferat de fotbal nu este în formă) (Ladouceur şi colab.,1993).

Neagă realitatea, convins fiind că-şi va regăsi "forma anterioară". Nu înțelege ce se petrece, reîntorcându-se la joc pentru a se "reface" şi a câştiga banii pierduți. Aceasta îl va duce la noi împrumuturi, la vinderea unor bunuri, la comiterea unor acte ilegale, cu scopul de a-şi finanța activitățile de joc. Trebuie subliniat faptul că jucătorul nu este neapărat un psihopat, comportamentul său neavând un scop antisocial. Din contră, el este convins că va pune banii la loc, pe care-i obținuse prin minciună sau furt. Devin anxioşi, obsedați de joc şi depresivi.

Această fază poate dura 5 – 10 – 15 ani. În final, intră într-o fază de disperare. Într-un ultim efort, face apel la o persoană din anturajul său care va garanta împrumutându-i o sumă mare de bani. Redevine euforic, crezând în faptul că şansa îi va surâde din nou, dar va pierde tot şi nu va mai avea o altă soluție de ieşire. Mulți jucători patologici prezintă gânduri de suicid (De Caria ,1996). Conform DSM-IV-TR (2003), 20% dintre jucători recurg la tentative de suicid.

Se compară evoluția jucătorului cu cancerul, în sensul că debutează lent şi ascuns, fără să-şi anunțe prezența, iar apoi devine dintr-o dată foarte agresiv (Ladouceur şi colab.,1993).

Jucătorii dezvoltă o percepție a controlului iluzoriu în privința jocului de noroc şi pe bani , supraestimând posibilitățile de câştig (Langer ,1975). Frecvența contactului cu jocul, gradul de competiție şi implicare a jucătorului, complexitatea jocului, facilitează acest control iluzoriu. În cursul unor studii efectuate pe diferite categorii de jucători (ocazionali, regulați şi patologici) şi de jocuri (loterie, poker, ruletă), s-a arătat că peste 75% dintre ideile jucătorului sunt eronate, ignorând importanța hazardului ca factor determinant în rezultatul jocului (Gaboury şi colab.,1989).

se desfăşoară sub nasul Fiscului, cu o minimă autorizare şi fără ca statul să poată controla banii rulați.

Brokerii de pe piața de capital susțin că tratamentul fiscal îi dezavantajează față de organizatorii jocurilor de noroc. Şeful Asociației Brokerilor, a dat ca exemplu scutirea de la plata impozitelor care se aplică pentru câştiguri la jocurile de noroc, în limita a 6 milioane de lei vechi pe zi. Prevederea face parte din noul Cod Fiscal. Deocamdată, limita este de 8 milioane de lei pe zi. Teoretic, cei care câştigă constant la cazinouri ar putea scăpa de impozite pentru venituri anuale de peste 2 miliarde de lei vechi. Brokerii contestă impozitele stabilite de Ministerul Finanțelor pentru 2007, afirmând că acestea vor alunga investitorii către piețe cu regimuri fiscale mai avantajoase. Modificările vizează mărirea impozitului pentru câştigurile obținute de investitor din vânzarea titlurilor deținute de mai mult de 1 an cu 16 % față de 1 % cât prevede legislația în vigoare ,respectiv plata în avans a unei cote de 5% din câştigul de tranzacție,urmând ca la finele anului să fie aplicat impozitul de 16% pe câştigul net pe portofoliu (Bărbuneanu &Davidescu, 2006).

Începând cu anul 2008, s-au schimbat prevederile Codului Fiscal privind jocurile de noroc în sensul că toate câştigurile jucătorilor la cazinouri vor fi impozitate(Bâtcă,2008).

În ultimii 10 ani, pariurile au devenit o modă şi în România. Într-un scurt istoric al răspândirii pariurilor în țara noastră ,Coroamă în 2006 afirma că în anul 1996 , firma "Soccer", patronată în colaborare de ciprioți şi englezi, şi-a deschis câteva agenții pe teritoriul României ,care inițial nu au avut succes datorită slabei mediatizări. În anul 2000, "Astra Sport Bets " şi "Wettpunkt" au organizat piața pariurilor în România ,reuşind să trezească interesul pariorilor români.Au mai apărut şi alte firme concurente cum ar fi:"Stanleybet","Global Sport Bets" sau "Gamebookers", aceasta din urmă acoperind şi efectuarea pariurilor on-line. În 2006, în România existau aproximativ 500 de agenții de pariuri,dintre care 100 erau în capitala Bucureşti.

În anul 2006, pariorii au reuşit să câştige cu 12% mai mult decât în 2005, suma câştigată de aceştia fiind de peste 100 de milioane de euro.

Într-o lună fără evenimente speciale, românii pariază în jur de 4000.000 de bilete , în continuă creştere .

În urmă cu 5 ani, pe segmentul de vârstă 18-25 de ani, 1 din 10 români juca la pariuri sportive, iar acum, s-a ajuns la media de 8 din 10. Cele mai mari şanse de câştig le au biletele pe care sunt pariate

între 3 şi 5 evenimente, în timp ce suma medie de pariat pe un billet ajunge la 6 RON. Pariorii de ocazie se deosebesc de cei"profesionişti",aceştia din urmă venind la agenția de pariuri însoțiți de o întreagă suită personală ,cei din anturaj copiindu-i biletul ,în timp ce pariorul ocazional stă mult în agenție ,se hotăreşte mai greu şi apoi acționează (Coroamă,2006).

Cel mai frecvent, românii pariază în ordine pe : jocurile echipei naționale de fotbal, jocurile echipei de fotbal "Steaua",iar pe locul 3 se află pariurile pentru echipa de fotbal "Rapid Bucureşti" la egalitate cu "F.C. Barcelona".

În ultima vreme, odată cu legea care interzice persoanelor implicate direct în desfăşurarea evenimentelor sportive să parieze, numărul sportivilor pariori a diminuat semnificativ.

În 2006, s-au înregistrat câştiguri mari pentru pariorii români. Cel mai mare câştig pe 2006 a fost de 2,6 miliarde de lei vechi, obținut pe un bilet de pariu pe meciuri din cupele europene la fotbal, combinat cu partide din campionatul național.

Un trend spectaculos îl prezintă în ultimul timp party-game-urile, care se desfăşoară pe Internet la www.partygaming.com şi au avantajul disputării persoană cu persoană. Se joacă de exemplu poker sau table la orice oră, iar firma organizatoare îți garantează câştigul imediat ce ambii jucători au depus suma în cont. Mai există şi casino şi bingo, la fel de avantajoase pentru că poți juca 50 de cenți sau 500 de euro, 5 minute sau 24 de ore şi apoi să te retragi.

În ultima perioadă a anului 2006, a apărut pe piața românească, casa de pariuri "Mozzart" ,care deja din luna octombrie şi-a deschis 20 de agenții în Bucureşti, Timişoara ,Constanța, Suceava ,Bacău ,etc., iar din ianuarie 2007 avea proiecte de extindere în oraşele mari din Transilvania. Agenția "Mozzart" este cea mai puternică agenție de pariuri din Siberia.

În timpul campionatului mondial de fotbal care a avut loc în Germania în anul 2006 , 30 de pariori români, dintre cei 110 care au intuit finala Franța-Italia, au avut şanse să câştige de 40 de ori mai mult decât sumele investite.

12.000 de români au pariat pe Brazilia că va deveni campioană mondială în 2006, iar 100.000 de români au pierdut la pariuri, mergând pe mâna aceleiaşi echipe sau a jucătorilor ei , cum ar fi de exemplu miza pe Ronaldo că va fi golgeterul turneului.

Olanda –Portugalia a fost meciul cu cele mai mari sume câştigate şi ,deopotrivă cu cele mai mari sume pierdute la Mondialul german, în

VI.TABLOU CLINIC. PSIHOLOGIA JOCULUI PATOLOGIC DE NOROC

Dacă privim jocul de noroc din perspectiva căutării de senzații, reținem faptul că banii nu sunt neapărat principalul motiv pentru jocul de noroc, având în vedere că cei mai compulsivi jucători finalizează jocul pierzând sume foarte mari de bani. Doar 8% dintre jucători afirmă că joacă pentru bani, comparativ cu 50% care au spus că joacă pentru emoție şi plăcere, ceea ce indică faptul că arousalul este principala recompensă pentru a continua parierea. Pariurile ipotetice sau cu miză mică sunt prea puțin atractive pentru jucătorii de noroc adevărați. Deci, cu cât se pariază mai mult cu atât creşte arousalul, lucru care îi face pe jucători să continue. Acest lucru este susținut de teoriile arousalului (Griffiths, 2003).

Din perspectiva teoriilor cognitive, jucătorii de noroc cred sau se aşteaptă să câştige în fața şanselor adverse, şi astfel aceste teorii rezolvă paradoxul jocului de noroc conform căruia oamenii, în încercarea de a câştiga mulți bani, se angajează într-o activitate în cadrul căreia există posibilitatea să se piardă bani. Astfel, pentru a înțelege care este principala motivație pentru a juca, achiziția de sume mari de bani poate fi privită ca fiind primul motiv pentru care oamenii joacă.

Studiile arată că factorii cognitivi joacă un rol cheie în dezvoltarea şi menținerea problemelor cu jocurile de noroc. Mai specific, percepțiile eronate despre realizarea de legături între evenimentele succesive întâmplătoare pare să fie cea mai importantă concepție greşită pe care o au jucătorii (de exemplu, jucătorul face o corelație între rezultatul extragerii loto actuale şi cel al extragerii de săptămâna trecută). Aceştia încearcă numeroase strategii şi consideră că abilitățile lor îi vor ajuta să câştige (Ladouceur şi colab., 1988). Studiile realizate pe importanța concepțiilor eronate in jocurile de noroc arată că 75% din percepțiile pe care le are o persoană când joacă sunt eronate şi că majoritatea sunt departe de noțiunea de întâmplare.

Mulți dintre jucătorii patologici îşi amintesc câştigurile importante pe care le-au avut în primele lor experiențe de joc. Individul care se dedică jocurilor de noroc şi pe bani, pierde din vedere dimensiunea hazardului şi se concentrează asupra posibilității de a controla şi influența jocul în favoarea lui (Ladouceur şi colab., 1993)

România. Pe durata Cupei Mondiale, românii au jucat la pariuri aproape 5 milioane de euro (Bufnilă,2006).

În timpul campionatelor, se pariază dublu față de restul perioadelor, la compania clujeană de pariuri sportive Astra Sports&Bets, iar oamenii care pierd ajung să depăşească 70%. Atunci când nu există competiții sportive majore, lumea se orientează spre diferite meciuri , de fotbal, tenis sau altele. Pariază persoane de toate vârstele, atât tineri cât şi cei în vârstă, şi indiferent de clasa socială, iar sumele depuse sunt între 5-1000 RON. Există 3 tipuri de pariori: cei care intră de 2-3 ori pe săptămână la agenția de pariuri şi pariază sume minime (2-3RON), cei care pariază pe un singur meci cu bani mulți (100 RON) şi persoanele care pariază pentru câştiguri maxime şi joacă împreună câte 3-4 pe un bilet .Cel mai mult, se pariază la Cluj-Napoca, dar şi în restul țării, pe meciurile de fotbal (90%), în timp ce celelalte sporturi cum ar fi volei, baseball, formula 1 şi rugby sunt mai slab solicitate de pariori,dar agențiile de pariuri au obligația să le introducă în sistemul de joc (Tîmbuc,2006).

“Vine vine primăvăra, joacă bingo toată țara “ era motto-ul unui spectacol de comedie prezentat la Cluj-Napoca, pe la sfârşitul anilor ’90. Acum, la nivelul anului 2008, nu se mai joacă bingo decât foarte puțin. Din peste 100 de saloane de bingo existente în anii de maximă înflorire a fenomenului 1994-1995, au rămas doar 10 în total în Bucureşti, Cluj, Târgu-Mureş, Sibiu ,Constanța, Iaşi şi Craiova, pentru a enumera cele mai cunoscute locații. “În 3 ani cred că nu va mai fi nicio sală de bingo în România “ prevesteşte unul dintre cei mai vechi lucrători din branşă,citat de Crişan în 2006.

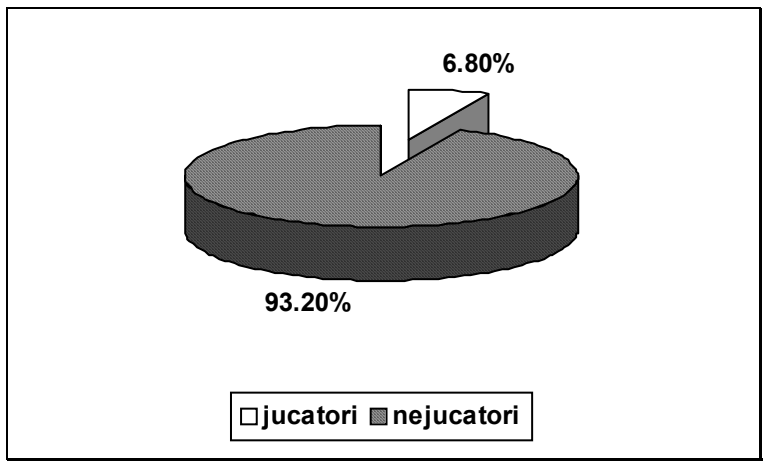
La Cluj-Napoca, jocul Bingo a fost adus de 2 spanioli Torres şi Manolo în 1993 , prima sală fiind deschisă în 21.06.1993 la bingo”Timpuri Noi”.Era a patra sală din România în ordine cronologică. În acel an nu se făcea publicitate, informația despre joc mergând din om în om .Un rol important l-a avut şi poziționarea localului în plin centrul Clujului.Totodată, în 1993 încă funcționa jocul piramidal “Caritas” cu sediul central la Cluj, iar banii aveau o altă valoare. Se puneau în joc premii în obiecte: televizoare, frigidere, maşini, scutere; perioada de maximă dezvoltare a jocului a fost între 1995-1996. Deşi sala de joc avea o capacitate de 130 de locuri la mese, erau şi câte 250 de jucători pe zi. Majoritatea celor care jucau veneau singuri, dar unii veneau şi cu soțiile. Existau în total în Cluj – Napoca 8 săli de bingo, iar în țară, peste 100. Cel mai mare câştig consemnat la acea sală de bingo a fost de 33.804.827 lei în 1995.

Treptat, prin anii 2000-2001, lumea şi-a pierdut interesul pentru bingo, după ce au fost impuse impozitele pe câştig. Se reţineau 20-25% din câştig şi mai era şi taxa de 10% pe carton. Pe de altă parte, s-au înmulţit cazinourile care dădeau câştiguri mai mari, alături de taxe şi riscuri mai mari .Apoi treptat, sălile de bingo din cartiere s-au închis, mai ales după promulgarea legii care nu mai permitea funcţionarea sălilor de joc în clădiri unde există şi locuinţe la etaj. În luna noiembrie 2006 s-a închis şi acestă ultimă sală de bingo din Cluj-Napoca (Crişan,2006).

IV.2.3.Evidenţa privind amploarea practicării jocurilor de noroc şi prevalenţa jocului patologic de noroc în România

În ţara noastră, Lupu şi colab. (2002) au efectuat o cercetare privind prevalenţa jocului patologic de noroc, pe 500 de elevi de liceu din 3 judeţe (Cluj, Sălaj şi Bacău), cu vârste cuprinse între 14-19 ani, 283(56,60%) de sex feminin şi 217(43,40%) de sex masculin, prin utilizarea unui chestionar standardizat, cunoscut sub numele de ”Cele 20 de întrebări ale Asociaţiei Jucătorilor anonimi” din S.U.A. Au fost depistaţi 34 elevi (6,8%), cu scoruri mai mari sau egale cu 7, ce relevă prezenţa jocului patologic de noroc (fig.5). Dintre aceştia, 6 (17,64%) au fost de sex feminin şi 28 (82.36%) de sex masculin, deci o rată a sexelor de 4.6/1 în favoarea sexului masculin (fig.6).

Fig. 5 Jocul patologic de noroc la adolescenţii români



Tip de jucător	1-non-jucător	2-jucător problemă	3-jucător patologic	1-2	1-3	2-3
Cea mai mare sumă pariată	4957.75	38776.86	132592.59	0.17	0.01	0.08
Consum de droguri	0.03	0.00	0.14	0.07	0.02	0.00
Certuri cu părinţii din cauza jocului	0.06	0.19	0.55	0.05	0.00	0.00
Deteriorarea relaţiilor cu părinţii	1.59	1.73	2.14	0.26	0.01	0.02
Interdicţie de a juca din partea părinţilor	0.18	0.39	0.53	0.03	0.01	0.27
Număr de absenţe şcolare în ultimul an	13.36	14.72	22.86	0.57	0.02	0.04
Media scăzută la purtare	0.03	0.10	0.25	0.05	0.00	0.03

Deci, cei mai semnificativi factori de risc pentru acest tip de adicţie au fost:
-divorţul /separarea părinţilor;
-o boală fizică gravă a unui membru al familiei ;
-decesul unui membru al familiei ;
-întreruperea unei relaţii afective;
-o boală psihică gravă a unui membru al familiei;
-prezenţa în antecedente a unui accident grav.

La 14% dintre jucătorii patologici s-a constatat comorbiditatea cu utilizarea de droguri ilegale. De asemenea, s-a constatat că abuzul sexual asupra puberilor şi adolescenţilor pare a fi un factor important de risc pentru jocul patologic.

şi cu venituri mici. Jocul de noroc pare a fi o manieră de a-şi umple timpul liber şi de a atrage atenția părinților asupra lor, respectiv , un mecanism de coping al stresului indus de mediul familial nefavorabil. Prevalența semnificativă a jocului patologic în rândul adolescenților români analizată în acest studiu şi certificată şi prin prezența unor astfel de cazuri în clinica de pedo-psihiatrie şi/sau la cabinetul privat, este un semnal pentru luarea în considerare a acestui comportament dezadaptativ, alături de dependențele de droguri, ca țintă a programelor de profilaxie primară.

Tabel III. ***Descriptorii jocului la cele 3 categorii de jucători (non-joc /joc ocazional, joc-problemă, joc patologic)***

Tip de jucător	1-non-jucător	2-jucător problemă	3-jucător patologic	1-2	1-3	2-3
VARIABILE	medie	medie	medie	sig.	sig.	sig.
Abuz sexual	0.00	0.09	0.18	0.03	0.00	0.26
Abuz fizic	0.36	0.40	0.57	0.58	0.05	0.10
Traume în familie	0.46	0.61	0.68	0.04	0.05	0.49
Mediu familial nefavorabil	5.82	6.34	7.29	0.09	0.00	0.05
Evenimente stresogene	13.36	17.23	19.20	0.03	0.02	0.52
Factori de risc personali	7.79	8.47	11.11	0.75	0.35	0.41
Joc în prezent	0.05	0.22	0.36	0.00	0.00	0.14
A pariat vreodată	0.11	0.30	0.48	0.00	0.00	0.07
Suma pariată lunar	7497.46	82368.42	86567.47	0.27	0.00	0.97
Frecvența jocului	-35.50	10.89	50.27	0.00	0.00	0.08
A jucat vreodată	0.3	0.58	0.7	0.00	0.00	0.22

Fig. 6 Distribuția pe sexe a jucătorilor de noroc

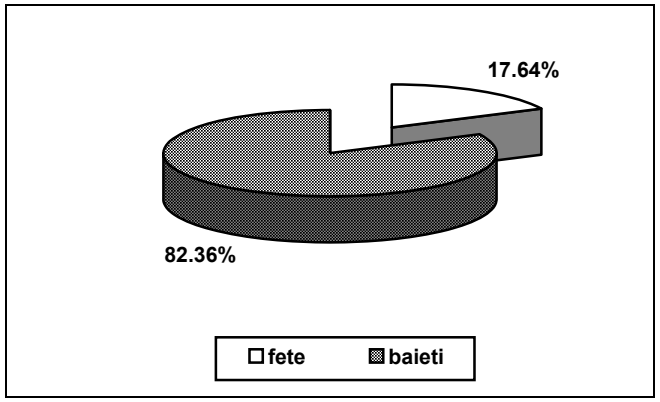
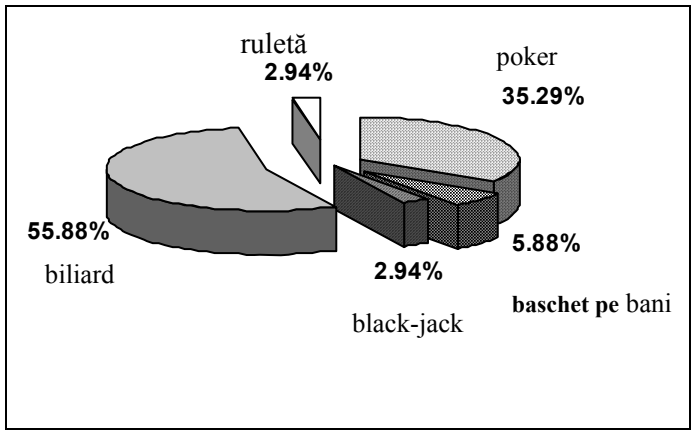


Fig. 7. Cele mai frecvente jocuri practicate de adolescenții români



Această constatare este în concordanță cu datele enumerate de DSM-IV-TR (2003), care relevă faptul că doar 1/3 dintre jucători sunt de sex feminin.

Pe de altă parte, jocul patologic de noroc debutează mai frecvent în adolescență, la sexul masculin şi mai târziu la sexul feminin. Jocurile cele mai frecvent practicate de adolescenții români au fost: poker-ul – (35,29%), biliardul (55.88 %), bingo (32,35%), baschet pe bani –(5,88%) şi black-jack (2,94%), ruleta (2,94 %)(fig.7). Cele mai mari sume de bani puse în joc au fost cuprinse între 100-1000 USD pentru 14,7% dintre ei, între10-100 USD la 20,58%, între 5-10 USD la 32,35%, iar între 0,5-5 USD 32,35%(fig.8).

În privința frecvenței jocului , 63.63% jucau foarte des; 9% rar şi tot 9% foarte rar. Majoritatea (82,35%) frecventau jocurile în grup şi doar 17,64% solitari (fig.9).

Fig. 8. Cele mai mari sume jucate

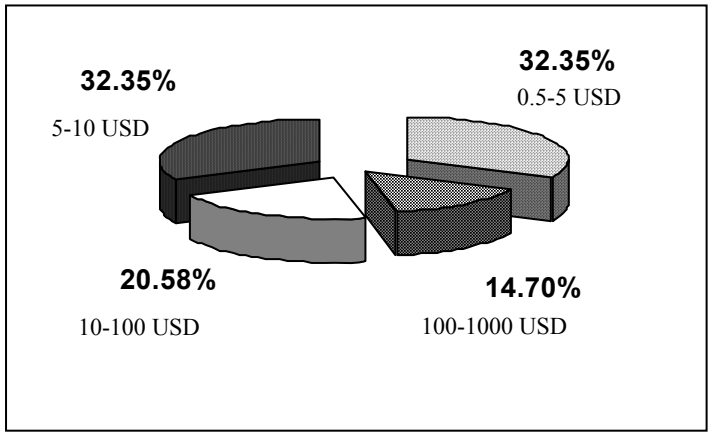
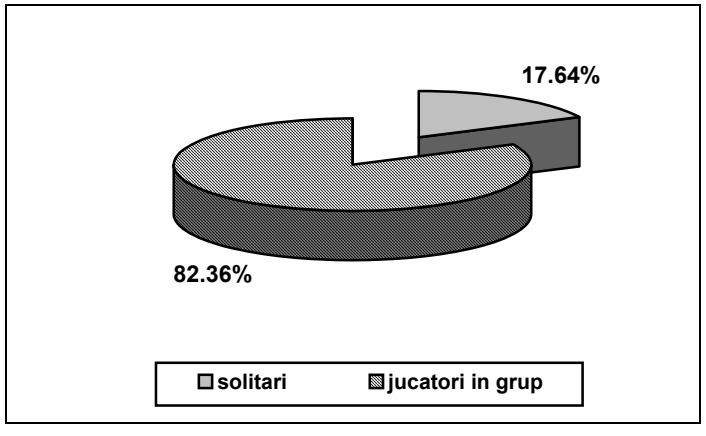


Fig. 9. Modalitatea de frecventare a localurilor de joc



Debutul jocului s-a făcut în medie la vârsta de 13.72 ± 1.80 ani. Conform DSM-IV-TR (2003), prevalența jocului patologic de noroc este relativ ridicată: 1% - 3% din populația generală.

Pentru a sublinia nocivitatea acestui discontrol comportamental, cu debut în adolescență, se apreciază că pentru fiecare jucător patologic există cel puțin 10 persoane care suferă efecte negative.

patologici. O mică proporție (11%) dintre non-jucători sau jucătorii ocazionali au pariat vreodată pe sume semnificativ mai mici decât cele raportate de către jucătorii patologici (48%). Media mizelor jocurilor de noroc a fost de 30 de ori mai mare pentru jucătorii patologici față de non-jucători. Jucătorii patologici au frecventat o diversitate mult mai mare de jocuri de noroc decât non-jucătorii şi jucătorii ocazionali. Pe o scală de la -100 la 100 ce a cotat răspunsurile afirmative în cazul a 5 tipuri de jocuri de noroc, media obținută de non-jucători a fost de -35,5 față de jucătorii patologici, cu o medie de 50,3; intervalul dintre aceste două medii acoperind aproape jumătate din scală.

În ceea ce priveşte comorbiditatea cu alte tipuri de dependență, cea mai importantă a fost corelația dintre jocul patologic şi utilizarea de substanțe ilegale: 3% dintre non-jucători au declarat că au folosit cel puțin o dată astfel de substanțe față de 14% în cazul jucătorilor patologici, date ce au confirmat tendința descrisă în literatură (Saiz-Ruiz şi colab., 2001; Lesieur şi colab., 1991).

Cele mai importante consecințe identificate ale frecventării jocurilor de noroc au implicat deteriorarea relației cu părinții. Într-o proporție semnificativ mai mare, jucătorii patologici aveau certuri frecvente cu părinții din cauza jocului de noroc, jocul fiindu-le interzis de către aceştia. Prezența jocului patologic s-a corelat şi cu absenteismul şcolar masiv, fapt confirmat şi de proporția semnificativ mai mare de jucători patologici (25%), cărora le-a fost scăzută media la purtare față de non-jucători (3%).

În concluzie, acest studiu a analizat prevalența şi factorii de risc pentru jocul patologic de noroc la adolescenții români. Achiziția şi persistența jocului de noroc ca şi comportament dezadaptativ, par să predomine la adolescenții din medii familiale şi sociale nefavorabile în care aceştia se confruntă cu diverşi stimuli stresogeni şi traumatizanți variind de la neglijare până la abuz fizic sau sexual. În acest context, putem interpreta dependența de joc ca mecanism de coping la stresul cronic. Şirul consecințelor dependenței de joc începe de la deteriorarea progresivă a relațiilor cu părinții, a statutului în şcoală, escaladarea acestor consecințe putând conduce la inadaptare socială.

Vârsta medie a jucătorului patologic din rândul adolescenților români este de 15-16 ani. Datele obținute au indicat faptul că cei mai mulți jucători patologici fie erau copii unici, provenind din familii cu venituri materiale medii sau mari, în care adolescentul era neglijat datorită programului încărcat al părinților, fie din familii cu mulți copii

subclinic,mai informative pentru frecvența şi amploarea comportamentului dezadaptativ de joc. Au fost cotate: non-joc/joc recreațional, ocazional (0-1 răspunsuri pozitive-nivel 1), joc problemă (2-7 răspunsuri pozitive-nivel 2), joc patologic (7-20 răspunsuri pozitive-nivel 3). Datele obținute au fost analizate statistic cu ajutorul testului t (Student) , testului de corelație şi analizei de clusteri.

Rezultatele au arătat că 34% dintre subiecți nu frecventează jocurile sau le frecventează ocazional-nivel 1; 54% sunt jucători problemă-nivel 2; iar 12% sunt jucători patologici-nivel 3.

Analiza de clusteri a indicat gruparea factorilor de risc pentru jocul patologic de noroc în 3 categorii: factori de risc personali (boală fizică şi/sau psihică, accident grav), mediu familial (abuz fizic, neglijare, angajarea/educația/separarea părinților, număr de frați), evenimente stresogene (încheierea unei relații afective, mobilitatea socială, numărul de şcoli frecventate,traume familiale, abuz sexual).

În cazul jocului-problemă –nivelul 2, cei mai importanți factori de risc au fost: schimbarea domiciliului (61%), prezența în antecedentele unui membru al familiei a unei boli psihice (60%), sau fizice grave(59%), decesul unui membru al familiei (57%), prezența unei boli fizice grave (55%), situația de copil unic la părinți (50%).

Pentru jocul patologic-nivel 3, cei mai importanți factori de risc au fost: prezența în antecedente a unui accident grav, boala psihică sau somatică a unui membru al familiei, încheierea unei relații afective, respectiv decesul unui membru al familiei sau divorțul părinților. Subiecții identificați ca jucători patologici erau în număr semnificativ mai mare (29%) între cei care au suferit un accident grav, față de cei care nu au cunoscut un asemenea eveniment (10%), sau chiar față de media eşantionului (12%).

Abuzul sexual a fost de 2 ori mai frecvent la jucătorii patologici decât la jucătorii problemă şi semnificativ mai frecvent decât la non-jucători .

Analiza indicelui sintetic care cuprindea şi abuzul sexual (*evenimente stresogene*) au indicat o diferență semnificativă între frecvențele medii pentru jucătorii patologici față de non-jucători. Aceeaşi diferență semnificativă a putut fi raportată şi în cazul unui alt indice sintetic, *mediul familial nefavorabi*), cu frecvențe de la 5.8 (la non-jucători) la 7.3 (la jucătorii patologici).Al treilea indice sintetic ce circumscrie *factorii de risc personali* a înregistrat o diferență în acelaşi sens(non-jucători vs. jucători patologici).

Analiza datelor legate de descriptorii jocului (vezi tabelul III) a indicat discrepanțe marcate între non-jucători față de jucătorii

Debutul jocului s-a făcut în medie la vârsta de 13.72 $\pm$ 1.80 ani. În studiul lui Lupu şi colab. (2002) s-a arătat că 17,64 % dintre jucătorii patologici adolescenți aveau tați alcoolici şi 11,76% aveau tați jucători patologici de şansă.

Din aceeaşi cercetare, a rezultat că majoritatea jucătorilor (52,94%) aveau rezultate şcolare modeste şi că 64.7% aveau absențe numeroase de la şcoală, datorate în principal jocului de şansă. 41,17% dintre adolescenți proveneau din familii cu condiții materiale modeste şi 58,83% din familii cu condiții bune sau foarte bune. Faptul că nu există diferențe semnificative în ceea ce priveşte dependența față de jocuri în funcție de nivelul veniturilor, arată că această tulburare nu variază în funcție de banii disponibili , putându-se instala atât la nivele scăzute, cât şi la nivele ridicate, ca de altfel în orice dependență .

În privința prevalenței jocului patologic la adulți, nu există la ora actuală date privind studii efectuate în România. Din interviul pe care mi l-a acordat un membru marcant al staff-ului unui mare Casino din Bucureşti, rezultă că acest fenomen are o mare amploare în România, având în vedere faptul că doar în Bucureşti există 13 casinouri, spre deosebire de Budapesta, unde sunt doar 3. În afară de acestea, mai sunt în România încă 7 casinouri în marile oraşe: Cluj, Timişoara, Iaşi, Bacău, Constanța.

Ruleta este cel mai frecventat joc din casinourile din România. Numărul mediu de clienți care frecventează zilnic un casino din România este de 270, fiind variabil în funcție de ziua din săptămână, week-endurile fiind cele mai solicitate de clienți. Dintre clienții adulți ai casinourilor, cei mai mulți aparțin vârstei mijlocii, inclusiv în cazul femeilor. Clienții se recrutează din toate categoriile sociale, iar unora le place să frecventeze singuri casinoul, unora din contră,le place să aibă companie. Mulți refuză să fie sunați acasă de către departamentul de marketing al Casinoului, pentru ca să nu afle familiile lor că sunt jucători. Din declarațiile aceluiaşi membru al staff-ului, rezultă că mulți clienți care vin la Casino joacă acele jocuri pe care le pot învăța mai repede, principala lor motivație fiind câştigul rapid şi ”ridicarea nivelului de adrenalină’’, care treptat creează dependență. Aşa se explică de ce ruleta este atât de frecvent practicată în casinourile din Romania, fiind jocul care oferă cele mai mari procente de câştiguri raportate la pariurile inițiale. Există clienți care sunt atraşi în cea mai mare măsură de atmosfera particulară din casinouri, pe care nu o pot regăsi în altă parte.

V. FACTORI DE RISC ŞI AFECȚIUNI ASOCIATE

Într-un alt studiu, Lupu şi colab.(2001a) au analizat factorii de risc pentru jocul patologic de noroc la adolescenții din România, pe un lot de 231 de elevi de liceu şi de şcoală profesională, cu vârste cuprinse între 14-18 ani, din județele Cluj, Satu-Mare şi Argeş. Cei mai semnificativi factori de risc pentru acest tip de adicție, au fost: divorțul /separarea părinților,o boală fizică gravă a unui membru al familiei ,decesul unui membru al familiei ,întreruperea unei relații afective, o boală psihică gravă a unui membru al familiei, prezența în antecedente a unui accident grav. La 14% dintre jucătorii patologici, s-a constatat comorbiditatea cu utilizarea de droguri ilegale. De asemenea, s-a constatat că abuzul sexual asupra puberilor şi adolescenților pare a fi un factor important de risc pentru jocul patologic. Există două portrete ”robot”ale jucătorilor patologici adolescenți:

1) Adolescent de 15-16 ani provenit din mediu familial şi social nefavorabil, în care se confruntă cu diverşi stimuli stresogeni şi traumatizanți, variind de la neglijare până la abuz fizic şi sexual. În acest context, putem interpreta dependența de joc ca mecanism de coping la stresul cronic;

2) Adolescent de 15-16 ani provenit din mediu familial şi social favorabil, cu un venit mediu spre mare, în care motivul neglijării adolescentului este cel mai frecvent programul încărcat al părinților.În acest caz, jocul de noroc pare a fi o manieră de a-şi umple timpul liber şi de a atrage atenția asupra lor.

După cum am menționat înainte, cercetarea a fost efectuată pe un lot format din 231 de elevi de liceu şi şcoală profesională, cu vârste între 14-18 ani, dintre care 120 (51.94%) de sex feminin şi 111 (48,06%) de sex masculin, din 5 şcoli din 3 județe ale României județele Cluj, Satu-Mare şi Argeş.

Designul cercetării a fost reprezentat de un chestionar anonim care a inclus factorii de risc: mediu familial nefavorabil(abuz fizic, neglijare fizică şi/sau educațională), mobilitate socială (resurse şi/sau relații sociale), situație familială (număr de frați, coeziune familială :divorț, conflictualitate, nivel de educație al părinților), traume fizice, psihice sau accidente grave în familie, traume fizice, psihice sau accidente grave suferite de subiect, factori afectivi (ruperea recentă a unei relații amoroase), precum şi ”Cele 20 de întrebări ale jucătorilor anonimi”, pentru stabilirea diagnosticului .A fost operată o modificare asupra cotării itemilor, prin includerea unor categorii de diagnostic